Lane Medical Library

Placenta praevia.

„Statistik und Therapie an der Hand von 159 Fällen."

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG DER

MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

AM 5. AUGUST 1897

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Fritz Chop

aus Greussen, Fürstentum Schwarzburg-Sondershausen.

OPPONENTEN:

Hr. Dd. med. Bardey.
- Dr. phil. Kath.
- Dd. med. Hellmer.

Berlin.

Druck von E. Ebering.

Linkstrasse 16.

Meinem lieben Onkel Herrn Amtsgerichtsrat

Albert Chop

und

meinem lieben Schwager Herrn Apothekenbesitzer

C. Hoffmann-Pinther.

Zur Unterscheidung der verschiedenen Grade der Placenta praevia, je nach ihrer Lage, will ich in meiner Arbeit die alten klinischen Bezeichnungen: „lateralis, centralis seu totalis und marginalis“ anwenden. Centralliegend nennen wir die Placenta dann, wenn bei der inneren Untersuchung im Muttermund ohne Rücksicht auf die Grösse desselben nur Placentargewebe erreichbar ist, lateral, wenn neben der Placenta noch Eihäute fühlbar sind, und endlich mit marginal bezeichnen wir jenen tiefen Sitz des Fruchtkuchens, bei dem erst bei völlig erweitertem Muttermund der Rand der Placenta erreicht werden kann.

In betreff der Entwicklung dieses pathologischen Sitzes der Placenta, als welchen wir die Praevia aufzufassen haben, ist bis jetzt etwas absolut Genaues noch nicht bekannt. Nach der Hofmeierschen Theorie entwickelt sich ein grosser Teil der Chorionzotten im Bereiche der Reflexa des unteren Eipols weiter, während es normaler Weise stets zu Rückbildung der Chorionzotten in der Decidua reflexa kommt und sich die Wucherung dieser Zotten auf die Serotina beschränkt. Kaltenbach versucht die Entstehung der Praevia

1. durch die mangelhafte Ernährung des Eies bei zu kleiner Haftstelle der Placenta und

2. durch die mangelhafte Ernährung der Chorionzotten infolge von Endometritis zu erklären.

Die Chorionzotten wuchern nur in einer solchen Menge weiter, wie sie gerade zur Ernährung des Eies ausreicht, dieselben aber aus der Decidua selbst gerade noch genügend Nahrung aufnehmen können. Bei der Endometritis wuchert zwar auch die Serotina, der normale Sitz der

Placenta, in grösserem Maasse, jedoch verbraucht dieses entzündete Gewebe für sich selbst bedeutend mehr Nährstoffe, sodass für die Chorionzotten nicht genügend Nahrung in der Serotina zurückbleibt und dieselben daher auf die Reflexa übergreifen müssen, um hinreichend ernährt zu werden. Ebenso soll nach seiner und anderer Autoren Ansicht ein im Anfange der Schwangerschaft bestehendes Uteruscarcinom, bei dem natürlich sekundär ein Reiz und eine Entzündung durch Endometritis ausgelöst wird, die Entstehung einer Praevia erleichtern.

Andere Autoren (Spiegelberg, Müller u. a.) führen schnell aufeinander folgende Aborte als ein die Entstehung einer Praevia begünstigendes Moment an, in deren Gefolgschaft leicht eine Erschlaffung der Uterusmuskulatur und eine Erweiteruug der Uterinhöhle sich einstellen, die ihrerseits wiederum die tiefe Einbettung des Eies veranlassen.

Le Page sucht die Ursache der Bildung der Praevia darin, dass das Ovulum schon im unteren Teile des Uterus angekommen war, als es befruchtet wurde, und als die Umwandlung der Uterusschleimhaut in Decidua stattfand.

Erwähnenswert ist auch das relativ häufige Zusammentreffen der Praevia mit Uterusmyomen, was aber wieder durch den daraus entstehenden Reizzustand der Gebärmutter leicht erklärlich ist, ferner das häufige Vorkommen derselben bei Frauen, die in rascher Folge hintereinander geboren haben, und nach kurz vorhergegangenen Zwillingsschwangerschaften. Raineri (Vercelli) hält wiederum eine regelwidrige Grösse der Placenta für die Entstehung dieser pathologischen Erscheinung für wichtig; er stützt sich hierbei auf ein Präparat, bei dem die ganze innere Uterusfläche mit Ausnahme des Fundus von Placentargewebe bedeckt war. Auch andere Abnormitäten gehen oft mit dem Vorliegen des Fruchtkuchens Hand in Hand, so z. B. Placenta marginata, succenturiata, Insertio velamentosa u. a. m. So fand Porak unter 48 Fällen von Placenta praevia zweimal Placenta succentuiatra, woraus er entnahm, dass

primär nur eine Placenta vorhanden war, und dass erst durch partielle Atrophie die zweite entstand.

Während die frühere Ansicht, dass die Schleimhaut des unteren Uterinsegmentes direkt als Einbettung des Eies fungiert, also Serotina wird, noch von Alfeld verteidigt wird, versuchen Hofmeier und Kaltenbach durch ihr Präparat (carcinomatöser Uterus) nachzuweisen, dass die Placenta sich im Bereiche der Reflexa entwickeln kann, sie bleiben aber den Beweis und die Erklärung einer Verwachsung der Reflexa und der Vera schuldig. Ebenso muss man nicht vergessen, dass, wie Sedgwick Minot betont, die Decidua reflexa schon im 5. Monat beinahe völlig atrophiert ist. Schon aus diesen verschiedenen und sich teilweise widersprechenden Ansichten ersehen wir die Unklarheit, die bis jetzt über die Entstehungsweise der Praevia herrscht.

Eine neuere Arbeit von Otto v. Herff „Beiträge zur Lehre von der Placenta und von den mütterlichen Eihüllen" versucht nun Klarheit über die Entstehung der Praevia zu bringen.

v. Herff unterscheidet eine primäre Placenta praevia mit tiefer Einnistung (in der nächsten Umgebung des inneren Muttermundes) des Eies, bei der sich mit der fortschreitenden Entwicklung der Placenta ein Abschnitt derselben über die Cervixöffnung hinweg ausbreitet, und eine sekundäre Placenta praevia.

„Denn ein vorliegender Placentarlappen kann auch sekundär bei hohem Sitze des Eies, weit vom Cervix entfernt, mit ausgebildeter Serotina entstehen. Voraussetzung ist hier nur, dass die Wachstumsrichtung der Serotinalanlage nach den unteren Abschnitten der Uterushöhle geht, womit dann eine ungewöhnlich grosse, wenn auch meist dünne Placenta oft gegeben wird."

Zu der primären Placenta praevia würden nach ihm die Placentae praeviae totales und ein Teil der ausgebildeteren Praeviae laterales zu rechnen sein.

Seiner Ansicht nach kann sich danach eine Praevia aus einer wandständigen Einnistung des Eies entwickeln durch

I. Nestbildung in der nächsten Nachbarschaft des inneren Muttermundes:

Primäre Praeviabildung.

II. Ungewöhnlich grosse Placentaranlage bei höher gelegenem Sitze des Eies:

Sekundäre Praeviabildung.

Aus diesen beiden örtlichen Verhältnissen kann sich ein Placentarabschnitt, der den Muttermund überdacht, nur ausbilden durch:

1. Bildung einer Reflexaplacenta, die sich späterhin mit der Vera in irgend einer Weise verbindet: „Praeviabildung aus einer Reflexaplacenta."

2. Durch Auswachsen und Auswalzen der Vera am Schlussringe:

„Praeviabildung aus der gewöhnlichen Wachstumsrichtung innerhalb der Vera."

Weiterhin erklärt er die Bildung der Reflexaplacenta durch

„primäres Weiterleben jener Chorionabschnitte, die sonst veröden unter gleichzeitigem Auswachsen von Abschnitten des Chorion frondosum. Nebenher bildet sich durch Heranziehen von neuen Abschnitten der Vera eine gefässreiche Reflexa in der gleichen Weise, wie dies bei der Vergrösserung einer jeden anderen Serotina und Reflexa erfolgt. Abnorm oder pathologisch, wenn man will, sind nur die noch unbekannten Bedingungen, unter denen sowohl das Chorion wie die Reflexa eine reichere Gefässversorgung aufweisen und nicht wie sonst veröden."

Im weiteren Verlaufe seiner Arbeit betont er, dass der Nachweis einer mit der Vera verklebten oder verschmolzenen reifen Reflexaplacenta wenigstens in grösserer Ausdehnung bisher noch nicht erbracht ist. Ferner, dass ein solcher Vorgang entsprechend unseren Kenntnissen bis auf Weiteres

nicht gerade sehr wahrscheinlich ist, wenn auch seine Mög lichkeit nicht ganz in Abrede gestellt werden kann.

In betreff dieser Bildung der Praevia aus einer angelegten Reflexaplacenta kommt er zu dem Schlusse, dass dieselbe sich insbesondere mechanisch nur befriedigend erklären lässt, wenn man bei einem fortschreitenden Veröden der Zottenanlage auf der Reflexa gleichzeitig ein Weiterwachsen der Placentaranlage in die Vera hinein bis zum inneren Muttermunde herab oder um diesen herum annimmt. In vielen Fällen wird eine Circumvallatabildung die Folge sein und die Reflexaplacenta verschwinden.

Am zutreffendsten scheint mir als Entwicklungsweise der Placenta praevia die folgende zu sein, wonach eine Praevia dann entsteht, wenn bei einem in der Regel tief eingenisteten Eie die Zottenanlage sich mehr oder weniger koncentrisch gegen die kleine Lichtung des inneren Muttermundes d. h. in die Vera vordrängt, hier angelangt die Deciduaflächen zum Verschmelzen unter Verlust ihres Epithels bringt, somit eine Reflexaserotina wird. Auf und in dieser Brücke kann die Placenta im Verfolg ihrer Wachstumsrichtung die Lichtung überschreiten und so eine echte Serotina rings um den inneren Muttermund bilden.

Klinisch ist die Placenta praevia eine der unseligsten Komplikationen der Geburt, trotzdem schon viele Fälle in den ersten Schwangerschaftsmonaten durch Abort enden. Die Gefahr für die Mutter beginnt jedoch erst in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft. Das einzige, aber auch unendlich gefährliche Symptom des Vorhandenseins einer Placenta praevia tritt dann in Gestalt der Blutung auf.

Während bei normalem Sitz der Placenta sich ihre Lösung dadurch vollzieht, dass der Uterus sich kontrahiert, und dass dadurch die Insertionsstelle sich verkleinert und so die allmähliche Lösung bewirkt, so entsteht im Gegensatz hierzu die Lösung des vorliegenden Fruchtkuchens durch die starke Dehnung des unteren Uterinsegments, welches selbst nicht kontraktionsfähig ist. Dieser Dehnung vermag das Placentargewebe nicht zu folgen und löst sich

deshalb teilweise und bewirkt so die gefürchteten Blutungen. In der zweiten Schwangerschaftshälfte treten schon von Zeit zu Zeit leichte Wehen und in deren Gefolge Blutungen auf, die immer den Verdacht einer Placenta praevia erwecken müssen. Je näher das Ende der Schwangerschaft heranrückt, um so stärker werden die Blutungen, so dass völlige Anämie, ja der Tod selbst in der ersten Geburtsperiode eintreten kann, wenn nicht durch rechtzeitigen künstlichen Eingriff Abhilfe geschafft wird.

Die Quellen der Blutungen sind, wenn auch nicht ausschliesslich, die mütterlichen Gefässe. Es zerreissen auch z. B. bei unvorsichtigem Touchieren Chorionzotten, die aber bei der Kleinheit der kindlichen Gefässe in bezug auf den Blutverlust in keinem Vergleich mit den Blutungen aus den mütterlichen Gefässen stehen. Differentialdiagnostisch ist zu beachten, dass schon häufig Blutungen aus geplatzten Varicen der Vagina und der Vulven zu Verwechselungen mit der Placenta praevia Veranlassung gegeben haben. Eine innere Untersuchung wird hierbei immer den Ursprung der Blutung und damit auch die einzuschlagende Therapie bestimmen.

Als Blutungsquellen eines Prävialappens in der Schwangerschaft sind nachgewiesen worden: Einrisse in die Decidua serotina, Durchbrüche aus den sinuösen Venen des decidualen Ueberzugs. Vielleicht kann auch unter günstigen Bedingungen einmal ein Randsinus eröffnet werden.

Beherrschen somit die Blutungen und ihre Folgeerscheinungen die ganze Situation, so ist das klinische Bild ein sehr verschiedenes je nach dem Sitz der Placenta.

Am leichtesten verläuft meistenteils die Blutung bei Placenta praevia marginalis, da bei dieser fast immer erst bei völlig erweitertem Muttermund ein Bluterguss entsteht, dann aber sich die Placenta zugleich mit dem unteren Uterinsegment zurückzieht.

Etwas schwerer ist die durch lateralen Sitz bedingte Blutung. Hierbei verliert die Mutter bei Beginn der Ge-

burt eine grössere Menge Blut, dann erst folgen meistenteils die Wehen unter neuen Blutabgängen.

Während wir immerhin diese beiden Arten noch als leicht bezeichnen können, so tritt bei centralem Sitz der Placenta in einem der letzten Monate plötzlich eine starke Blutung ein, die allein schon zu Ohnmachten führen kann. Teils hört sie spontan auf, um die sich schon in Sicherheit wiegenden Frauen plötzlich wieder mit erneuter Heftigkeit zu befallen, teils hört sie nicht völlig auf, sodass der andauernde, wenn auch schwache Blutabfluss die Patientin so erschöpft, dass sie den bei der Geburt unvermeidlichen Bluterguss nicht mehr zu überstehen vermag. Bei dieser letzteren Form ist einzig und allein Kunsthülfe im stande, die Mutter vom Tode durch akute Verblutung zu retten.

Bei dieser Art von profusen Blutungen ist freilich eine vorzeitige Unterbrechung häufig; seltener erfolgt, wenn keine Kunsthülfe vorhanden ist, eine Geburt der Placenta vor dem Kinde. (Vorfall der Placenta). Da hierbei meistenteils die Blutung stand, machten Simpson und Murphy (Sunderland) den Vorschlag, die künstliche Geburt mit der grösstmöglichsten Loslösung der Placenta nach Einlegung eines Barnesschen Kolpeurynters zu beginnen. Jedoch ist das Kind, wenn nicht schleunig extrahiert wird, immer verloren, sodass man diese Methode nur bei schon gestorbenen oder voraussichtlich nicht lebensfähigen Kindern einschlagen darf.

Ich will hierbei noch einen seltenen Fall erwähnen, bei dem Placenta und Kind zugleich herausgetrieben wurden. Hierbei gelang es Schroeder, das in hohem Grade asphyktische Kind wieder ins Leben zurückzurufen.

Ebenso sah Prof. Dr. Nagel noch zwei Fälle, bei denen das Ei in toto ausgestossen wurde.

Die Diagnose auf Placenta praevia stellt man bei noch geschlossenem Muttermund aus der Blutung, wobei die vorzeitige Placentarlösung differential-diagnostisch wegen ihrer Seltenheit wenig in Betracht kommt. Wenn der Cervix der Untersuchung zugängig ist, so ist der vor-

liegende Fruchtkuchen wegen seiner charakteristischen Oberfläche leicht zu diagnosticieren.

Weiterhin ist der Placenta praevia die Weichheit und Auflockerung der Portio eigentümlich.

Spencer teilt sogar mit, dass er bei 7 Multiparis nur durch Palpation die Diagnose auf Placenta praevia richtig gestellt habe, unter denen sich sogar 4 befanden, bei denen die Placenta der vorderen Uteruswand nicht anlag.

Prognose sowohl wie Therapie muss man von 2 Gesichtspunkten aus betrachten:

1. Prognose und Therapie für die Mutter.
2. Prognose und Therapie für das Kind.

Während bei geeigneter und rechtzeitiger Kunsthülfe sich das mütterliche Leben in einer grossen Anzahl von Fällen erhalten lässt, ist das kindliche Leben in einem unverhältnismässig grossen Procentsatz dem Tode verfallen.

Während die Gefahr für die Mutter in der Blutung liegt und mit deren Beseitigung meist auch verschwindet, besteht sie für das Kind in dem Sauerstoffmangel, überhaupt in dem geringeren Blutaustausch, da der meist relativ kleine, noch nicht gelöste Placentarlappen zur ferneren Ernährung des Kindes nicht mehr hinreicht.

Ebenso ist es wohl auch klar, dass bei centralem Sitz die Gefahr für Mutter und Kind unendlich grösser ist als bei lateraler oder marginaler Haftstelle.

Ein weiterer Umstand, der die Prognose sehr trübt, ist die Gefahr der septischen Infektion, da die tiefe und deshalb den Entzündungserregern leicht zugängliche Lage der Placentarstelle septische Prozesse in hohem Masse begünstigt, die dann im Wochenbett zum Ausdruck kommen. Ausserdem wird durch die Blutung der Organismus der Mutter so geschwächt, dass auch hierdurch der so oft tötliche Verlauf der Puerperalkrankheiten erklärt wird.

Im Gegensatz zu dem eben Gesagten stellt Knox (Chicago 1890) die Behauptung auf, dass bei Placenta praevia eine gewisse Immunität gegenüber septischen Infektionen vorhanden sei. Ebenso wie diese Behauptung

kann man wohl auch folgende desselben Verfassers kaum unterschreiben: dass nämlich die Entbindung bei Placenta praevia Verletzungen des Cervix „fast notwendig“ mache.

Ein, wenn auch nur äusserst minimales Kontingent der Todesfälle bei Placenta praevia während der Geburt stellt die bei forcierter Extraktion auftretende Luftembolie, die aber noch nicht genau genug beobachtet werden konnte, um ein endgültiges Urteil zu fällen. Kramer berichtet einen diesbezüglichen Fall von Placenta praevia, der den anatomischen Beweis der schon früher von Olshausen ausgesprochenen Behauptung liefert, dass nämlich gerade die Placenta praevia den Lufteintritt in die Blutgefässe begünstige. Bei diesem trat als die Hand zur Wendung eingeführt wurde, nach einigen schnappenden Atembewegungen der Tod ein. Bei der Sektion fand man den rechten Ventrikel stark ausgedehnt, schlaff, beim Aufschneiden unter Wasser kam die Luft in grossen Blasen hervor. Einen ganz gleichen Fall mit gleich unglücklichem Ausgang beschreibt Krukenberg (1892).

Inbezug auf diese Fälle hebt Freudenberg (Dresden) hervor, dass seiner Ansicht nach das einzige Mittel dagegen darin bestünde, dass man für einen langsamen Abfluss des Fruchtwassers Sorge trägt Er erreicht dies dadurch, dass er bei der Wendung zugleich mit Hand und Arm tamponiert, während die andere Hand den Uterus kontrolliert und ein etwaiges Schlaffwerden desselben durch Druck zu verhüten sucht.

Auffallend ist bei Placenta praevia die Häufigkeit der Querlagen. Hierbei ist teils die Placenta selbst das praedisponierende Moment, indem sie das Eintreten des Kopfes verhindert, teils ist das häufige Vorkommen der Querlagen darauf zurückzuführen, dass eine Placenta praevia hauptsächlich bei Multiparis vorkommt, bei denen eine bestehende Endometritis oder die erweiterte Uterinhöhle mit der erschlafften Uterusmuskulatur mitwirkt und bei denen schon an und für sich Querlagen keine Seltenheit sind; ferner, dass dieselben bei vorzeitigen Geburten, mit denen

wir es doch meistenteils bei Placenta praevia zu thun haben, sehr häufig getroffen werden. Am normalen Ende der Schwangerschaft sind auch bei vorliegendem Fruchtkuchen die Kopflagen gerade so häufig wie sonst.

Wiederholungen von Placenta praevia kommen, wenn auch selten, doch vor. Ingerslev (Kopenhagen) beschreibt sogar einen Fall, bei dem bei ein und demselben Weibe erst am 20. Juni 1881 und dann am 19. Juni 1882, also binnen Jahresfrist, Frühgeburt in Folge von Placenta praevia beobachtet wurde.

Was soll nun aber geschehen, wenn ein Fall von Placenta praevia bestimmt diagnostiziert wird, oder wenn auch nur der Verdacht eines solchen vorliegt? Ist es geraten, die Frühgeburt einzuleiten, oder soll der Versuch gemacht werden, die Schwangerschaft bis zu ihrem normalen Ende weiter zu führen? Bei der Beantwortung dieser Frage dürfen wir nie die Gefahr vergessen, in der sich die Kranke befindet. Trotz aller Vorsichtsmassregeln kann die Blutung in jedem Augenblick eintreten und muss eintreten, sobald die Geburt beginnt, und wir können nicht wissen, wann das geschieht, ebensowenig, wie wir den Grad der Blutung berechnen können. Deshalb ist es unzweifelhaft richtig, die Frühgeburt einzuleiten, sobald der Muttermund für einen Finger durchgängig ist, im übrigen muss der Grad der Blutung einen Massstab für das ärztliche Verhalten abgeben, nicht aber eine unzweckmässige Rücksicht auf das Leben des Kindes. Geht man in dieser Weise vor, so hat man den Vorteil:

1. den Zeitpunkt der Operation sich bequem legen zu können,

2. kann man, was für den weniger erfahrenen praktischen Arzt von hohem Werte ist, einen erfahrenen Kollegen zu Rate ziehen und zugleich dadurch die hohe Verantwortung, die eine Placenta praevia auferlegt, mindern.

Die Therapie hat vor allem auf die Stillung der Blutung Rücksicht zu nehmen. Die Behandlung selbst muss sich vorwiegend nach der Zeit und der Stärke der Blutung

richten. Tritt diese während der Schwangerschaft auf und ist sie nur unbedeutend, so kann man mit ruhiger Bettlage (Rückenlage), Opium, heissen und kalten Einspritzungen und Fernhaltung aller schädlichen Einflüsse völlig sein Ziel erreichen. Anders steht es aber mit der Therapie bei geschlossenem Muttermund und stärkeren Blutungen, vor allem im Beginn der Geburt.

Das zur Zeit vorherrschende Verfahren besteht in der möglichst frühzeitig auszuführenden kombinierten Wendung mit spontaner Austreibung der Frucht.

Diese Methode wurde von Braxton Hicks empfohlen, welcher in seiner Arbeit:

„The treatement of Plac. praev.“ Brit. Med. Assoc. Leeds, August 1889 ref. The times and Regist. New-York. Philadelphia, Oktober 1889,

folgende Hauptpunkte aufstellte:

1. Nach Sicherung der Diagnose ist die Gravididät so schnell als möglich zu beenden.

2. Sobald der Arzt zu handeln begonnen hat, darf er die Patientin nicht mehr verlassen.

3. Bei völlig erweitertem Muttermund und bei vorhandener Placenta praevia marginalis soll die Blase gesprengt werden, um den Kopf eintreten zu lassen. Verzögert sich der Eintritt desselben, so wird gewendet werden müssen.

4. Bei engem Orificium und höheren Graden von Placenta praevia kann ein Versuch zur Blutstillung durch Ablösung des Placentarlappens gemacht werden; blutet es nicht weiter, so kann 1 bis 2 Stunden auf Eröffnung des Muttermundes gewartet werden. Tritt dieselbe nicht ein, so muss eventuell mit Dilatatorien operiert werden.

[Die Zange will B. H. nur gelegentlich zugeben. In erster Linie empfiehlt er die kombinierte Wendung auf einen Fuss mit spontaner Geburt unter „gentle assistance.“]

5. Bei engem Muttermund ist die kombinierte innere Wendung mit spontaner Austreibung auszuführen.

6. In Fällen von schweren Blutungen ist die letzte Methode immer anzuwenden.

7. Bei totem Kinde (vor Ende des siebenten Monats) ist die Beendigung der Geburt ganz der Natur zu überlassen.

Diese Methode fand aber zu Anfang wenig Anklang. Erst als die Schroedersche Schule und dann auch die Gusserowsche durch eine grössere Zahlenreihe die Vorteile dieser Wendung ohne nachfolgende Extraktion ins rechte Licht setzte, wurde dieselbe ziemlich allgemein angenommen.

Die früher bis 1881 vorwiegend geübte Therapie bestand darin, dass die Blutung durch Tamponade solange gestillt oder doch verringert werden sollte, bis die Erweiterung des Muttermundes die innere Wendung gestattete, an die dann sofort die Extraktion geschlossen wurde. Für die Mutter lag die Gefahr in der Infektion während der lange währenden Tamponade, in der langen Geburtsdauer und den trotz der Tamponade entstehenden stärkeren Blutungen und in den bei der Extraktion entstehenden Cervixrissen. Freilich wurde hierdurch die Sterblichkeitsziffer der Kinder beträchtlich herabgesetzt.

Trotzdem wird der Arzt die Rettung der meist kinderreichen Mutter der Erhaltung eines vielleicht nur absterbenden, noch nicht ausgetragenen Kindes vorziehen. Zu diesem Zwecke wählt er am besten die kombinierte Wendung, da diese schon in einem sehr frühen Grad der Geburt anwendbar ist. Man geht ein, sobald der Cervix für zwei Finger durchgängig ist, und wendet auf einen Fuss, nachdem man vorher jedoch genau die Fruchtlage bestimmt hat. Auf welchen Fuss, ob oberen oder unteren man wendet, dürfte für das Gelingen der Umdrehung des Kindes in utero gleichgiltig sein. Die Narkose ist, ausser bei hohen Graden von Anaemie, wohl selten auszuschliessen. Man sprengt zuerst, was bei der lateralen und marginalen

Form leicht ist, die Blase. Liegt nur Placentargewebe vor, so sucht man an der Seite des dünneren Lappens vorzudringen und so die Eihäute zu erreichen. Gelingt auch dieses nicht, was bei centralem Sitz das häufigste sein dürfte, so durchbohrt man die Placenta mit einem Finger und sucht so den Fuss zu erlangen. Die Placenta kann sich nun mit dem unteren Uterinsegment in die Höhe ziehen. Eine eventuelle Blutung wird durch den herabgezogenen Oberschenkel resp. Steiss tamponiert, die weitere Geburt jedoch der Natur selbst überlassen. Höchstens bei der lateralen Form und bei völlig erweitertem Muttermund darf man, wenn man noch hofft, ein lebendes und auch lebensfähiges Kind zu erhalten, langsam und sehr vorsichtig extrahieren, da die sehr leicht entstehenden Cervixrisse schwere, sehr oft nicht stillbare Blutungen nach sich ziehen. Bei diesen Rissen dürfte nach der Geburt die Umstechung geboten sein. Zu warnen ist vor der forcierten Extraktion, da abgesehen von der Gefahr der Cervixrisse bei der plötzlichen Entleerung der Uterinhöhle und dem dadurch sinkenden intraabdominellen Druck das Blut nach der Bauchhöhle strömt und dadurch eine schwere Gehirnanämie, wenn nicht sogar plötzlicher Tod erfolgen kann.

Die kombinierte Wendung, die Braxton Hicks empfiehlt, ist leicht bei einem für zwei Finger durchgängigen Muttermund und bei weichem Cervix, sehr schwer jedoch, wenn diese Vorbedingungen nicht erfüllt sind. Deshalb ist in letzterem Falle der weniger Geübte vor der Wendung zu warnen und darf dann freilich die Tamponade durch den mit sterilem Wasser gefüllten, desinficierten Kolpeurynter nicht unterlassen. Ist die Kolpeuryse nicht anwendbar, so muss die Vagina unter peinlichster Asepsis mit Wattetampons ausgestopft werden. Gerade hierbei wird am leichtesten ein vielleicht nur kleines, aber sich schwer rächendes Versehen gegen die Asepsis und Antisepsis begangen, weil die Blutungen ein schnelles Eingreifen erfordern. Aber wohl nirgends straft sich diese

Unterlassungssünde so wie hier, da der tiefe Sitz der Placenta und die Auflockerung des unteren Uterinsegments einen ausgezeichneten Nährboden für jede Art von Infektionsträgern abgeben.

Die Tamponade muss also unter völliger Asepsis nach gründlicher Säuberung der Vulva im ausgekochten Spekulum mittelst steriler Gaze und Jodoformgaze vor sich gehen und muss die Tamponade so fest ausgeführt werden, dass nach kurzer Zeit der Muttermund für zwei Finger durchgängig ist, so dass die kombinierte Wendung folgen kann.

Die Sprengung der Blase allein ohne weiteren Eingriff kann nur dann als genügend betrachtet werden, wenn der Muttermund völlig erweitert ist, die Wehen kräftig sind, und der vorliegende Teil entweder schon eingetreten ist oder doch wenigstens kurz vor dem Eintreten steht.

Wie ich noch einmal hervorheben will, ist die übereilte Extraktion absolut kontraindiciert. Denn, wenn das Kind schon tot ist oder im Gegenteil die Herztöne noch völlig normal sind, wird der behandelnde Arzt gern die spontane Austreibung abwarten. Ergiebt jedoch die Auskultation eine sinkende Frequenz der kindlichen Herztöne, oder pulsiert die vorgefallene Nabelschnur nur noch wenig, so könnte für den Geburtshelfer die Extraktion bei vollkommen erweitertem Muttermund in Frage kommen.

Statistisch ist aber nachgewiesen, dass derjenige Arzt, welcher auf das Leben des Kindes so viel wie gar keine Rücksicht nimmt, keinen nennenswert grösseren Prozentsatz an toten Kindern hat, dagegen aber die Mutter meist retten wird.

Wenn auch die vorhergenannte Gefahr von Gehirnanämie sich durch ärztliche Kunstgriffe (Tieflagerung des Kopfes, Excitantien etc.) etwas beschränken lässt, so ist noch immer die Gefahr eines Cervixrisses vorhanden, die auf das schon geschwächte mütterliche Leben äusserst verderblich wirken kann.

Ebenso ist, wie schon erwähnt, die schnelle Extraktion prädisponierend für eine Luftembolie, da bei der oft vor-

handenen Atonie der Placentarhaftstelle die Venen ausgedehnt bleiben, die Luft durch den negativen Druck einströmt und so den sofortigen Tod an Luftembolie bewirkt.

In der Nachgeburtsperiode verhält man sich, wenn die Blutung steht, ebenso wie bei der gewöhnlichen Geburt, also abwartend. Blutet es jedoch weiter, so muss man entweder die Placenta exprimieren (Credé) oder manuell entfernen. Dauert auch nach völliger Entfernung der Placenta (zurückgebliebene Placentarreste) die Blutung fort, so muss man durch sofortige genaue Untersuchung feststellen, ob die Ursache der Blutung in einem Cervixriss oder in einer Atonie des Uterus liegt. In ersterem Falle muss man sofort die blutende Stelle umstechen, da Cervixrisse sehr gefährlich wirken können, im anderen Falle muss man durch heisse (50° C.) und kalte Uterusausspülungen, Reiben und Kneten des Uterus die Blutung zu stillen suchen. Versagt auch dieses, so muss man den Uterus zwischen beiden Händen massieren. Am besten führt man hierzu eine Hand in das hintere Scheidengewölbe und drückt von aussen her mit der anderen Hand kräftig dagegen. Erst wenn auch dieses erfolglos bleibt, führe man eine Hand in den Uterus ein und komprimiere zwischen den beiden Händen die Uteruswand.

Bei der Atonie oder Paralyse der Placentarstelle werden diese Mittel kaum im Stich lassen. In neuerer Zeit empfiehlt Dührssen seine Uterus-Vaginal-Tamponade mit Jodoformgaze, immerhin ist aber hier die Aseptik, welche eine längere Vorbereitungsdauer des tamponierenden Materials erfordert, ein Hinderungsgrund für die ambulante Praxis. Um den Uterus dann auch bei seiner Kontraktion zu erhalten, giebt man am besten Secale cornutum.

Klotz (Innsbruck) rät bei Blutungen infolge von Atonie einen Handgriff, der einen klappenförmigen Verschluss des Uterus anstrebt. Während die rechte Hand in der Vagina an der Portio liegt, knickt die linke Hand den Uterus von aussen in der Richtung der Eingangsaxe. Der Cervix wird dadurch komprimiert und am Daumen abgeknickt. Freilich

muss diese Kompression $^1/_2 = {}^3/_4$ Stunde fortgesetzt werden. Diese Methode soll überall geholfen haben, wo jedes mechanische wie auch medikamentöse Mittel versagt hatte.

Bei hochgradiger Schwäche nach der Geburt sucht man durch reichliche Verabfolgung von Wein und Tieflagerung des Kopfes Ohnmachten zu verhüten. In Fällen der höchsten Anämie muss man aber doch zur Kochsalztransfusion greifen oder auch subkutane Injektionen von Aether sulf. 1,0 öfters hintereinander anwenden (Hecker). Von anderen Mitteln kommt noch inbetracht die Kompression der Aorta abdominalis oder die sogenannte Autotransfusion, wobei die Extremitäten mit Gummibinden umwickelt werden, um eine Anämie des Gehirns und des Herzens zu vermeiden. Zu warnen ist aber vor dem zu festen Anlegen und dem zu langen Liegenlassen der Binden.

Die Bluttransfusion ist viel zu umständlich (Defibrinieren und Erwärmung), um gross in Frage zu kommen. Also bleibt bei hoher Gefahr hauptsächlich die 0,6 % physiologische, intravenöse Kochsalzinfusion, oder die von Ziemssen eingeführte subkutane Infusion, die den Vorteil grösserer Bequemlichkeit besitzt und auch sehr gute Erfolge gehabt hat.

Ich will nun, noch ehe ich auf die einzelnen Fälle statistisch eingehe, kurz einige historische Notizen aus der Litteratur der Placenta praevia geben und verschiedene Behandlungsmethoden erwähnen, die teils auf Kliniken geübt, teils von einzelnen Aerzten verfochten werden.

Im Anfange des 17. Jahrhunderts finden wir die ersten Anhaltspunkte dafür, dass die damaligen Aerzte das Vorhandensein der Placenta praevia kannten. Freilich glaubten Guillemau (1609) und Mauriceau (1668), sowie viele andere inbetreff der Aetiologie, dass die Placenta von ihrer ursprünglichen Haftstelle nach dem Muttermund zu herabgesunken sei. Paul Portal verteidigte aber schon 1685 seine Untersuchung, dass er die Placenta fest am inneren Muttermunde adhärierend gefunden habe.

Im Jahre 1685 erschien sein berühmtes Buch: „Pra-

tique des accouchements soutenue d'un grand nombre d'observations", in dem er unter anderen 8 Fälle von Placenta praevia bespricht und bei einem speziell hervorhebt: Le placenta . . . . . se trouvait contigu à cet orifice à cause de quelque contiguité, qu'il a avec la matrice à l'endroit ou il-y-est adhaerent."

Nach ihm wies Schaller (1709) und Portals Schüler Johann von Horn (1715) den richtigen Sachverhalt nach und machten auf die damit verknüpften Gefahren aufmerksam. Den ersten anatomischen Nachweis auf dem Obduktionstische lieferte der Leipziger Anatom P. Gottlieb Schacher, welcher diesen seinen Fund durch einen gewissen Seiler im Jahre 1709 in einer Dissertation verteidigen liess. Jedoch erst in der allerneuesten Zeit ist das klare klinische Bild durch Hofmeier und Kaltenbach festgesetzt worden, so dass man hierauf bauend die Therapie einrichten kann.

Von den älteren Methoden zur Beendigung der Geburt bei vorliegendem Fruchtkuchen ist das „accouchement forcé" zu erwähnen, aber wegen der Gefahr der Cervixrisse von vornherein auszuschliessen. Denn wenn auch der Cervix gerade bei der Placenta praevia aufgelockert und dehnungsfähig ist, so entstehen doch häufiger tiefere Cervixrisse, die erstens die Mutter sehr gefährden und zweitens schwer zu behandeln sind.

Puzos nach anderer Lesart Mauriceau empfahlen den Eihautstich bei lateraler Insertion.

Die Simpson- und Murphysche Methode der Loslösung der Placenta vor der Geburt habe ich schon erwähnt, auch dass nach diesem künstlichen Prolaps wie nach den nicht je allzuseltenen Fällen von natürlichem Prolaps der Placenta die Blutung fast immer steht, das Kind aber kaum je lebend geboren werden kann, ausser bei äusserst forcierter Extraktion, womit nach Simpson freilich von 106 Kindern 33 lebend geboren wurden. Nunn stillte durch einen mit Liquor ferri sesquichlorati getränkten und in das Os eingeführten Wattetampon vollständig die Blutung. Dass Dempsey (1890) durch einen einge-

führten Alaunstift die Blutung für 17 Stunden stillte, hat wohl nur ein inviduelles Interesse. Wie Beumer und Peiper in ihren „Mitteilungen aus der geburtshülflichen Klinik und Poliklinik zu Greifswald 1884“ hervorheben, wenden sie dort, trotzdem sie die Vorteile der Braxton-Hicksschen Methode, für die Mutter wenigstens, anerkennen, mit Erfolg folgende Behandlung an. Bei centralem Sitz der Placenta tamponieren sie solange, bis der äussere Muttermund ohne erhebliche Schwierigkeiten erweitert werden kann.

Die Wendung auf einen Fuss wird ausgeführt und die Extraktion langsam gemacht und nur bei drohendem Absterben der Frucht beschleunigt. Natürlich wird das grösste Gewicht auf die peinlichste Asepsis gelegt. Völlig desinficierte Wattetampons oder solche aus Jodoformgaze oder Kolpeurynter, welche zweistündlich fortgenommen werden und durch neue ebenfalls genau sterilisierte ersetzt werden, dürfen verwendet werden.

Immer nach Wegnahme der tamponierenden Mittel werden die Blutcoagula entfernt und die Scheide desinficiert. Nach beendeter Geburt reichliche uterine Ausspülungen mit sterilem Wasser. Die Nachteile dieser Methode für die Mutter liegen in der grösseren Gefahr der Infektion durch die langdauernde Tamponade, in der längeren Geburtsdauer vor der Wendung, in dem trotz der Tamponade unvermeidlich grösseren Blutverluste und in der Cefahr der Cervixrisse bei der Extraktion, freilich werden mehr Kinder gerettet.

Auch Auvard (Paris) verteidigt die Tamponade und weist auf ihren nicht zu verachtenden Nutzen hin.

1. Bei genügender Antisepsis ist die Tamponade nicht gefährlicher als die Wendung;

2. ist sie für das kindliche Leben günstiger und

3. ist sie leichter ausführbar und vor allem in früheren Stadien der Schwangerschaft anwendbar.

Jungbluth betont den grossen Nutzen seiner Pressschwämme, Beumer und Peiper verurteilen deren An-

wendung, da sie kaum je den weitgehenden Anforderungen der Antiseptik genügen dürften und auch im Moment der Gefahr selten zur Hand sein werden. Dasselbe behauptet Wyder (Berlin), ebenso, dass bei der Erhaltung der Blase bei der Tamponade der Zug am unteren Eipole und damit an der Placenta fortdauern und deshalb die Loslösung der Placenta vor dem ärztlichen Eingriffe nicht vermieden werde. Dann auch, dass bei dem häufigen Entfernen der Pressschwämme die Koagula wieder losgerissen würden, so dass in der 3. Geburtsperiode sich wegen der Blutungen häufig die am besten zu vermeidende manuelle Entfernung der Placenta nötig mache. Dem entgegnet freilich Jungbluth, dass die Pressschwämme erst nach vollkommener Auflockerung entfernt würden, ebenso dass die manuellen Eingriffe nicht wegen der Blutungen erfolgt wären, und dass die Rückbildung des Uterus sich besonders rasch und glatt vollzogen habe. Diese Jungbluthsche Theorie verteidigten auch Lipper (1884) und Adams Walther (1885), machen aber die weitgehendste Antisepsis der Pressschwämme resp. der Kautschuckblase zur nicht zu versäumenden Pflicht.

Eine neue Behandlungsmethode bringt Nighoff (Amsterdam) freilich nur nach einmaliger Probe. Er wollte bei centralem Sitz die Placenta durchbohren, vermochte aber das starke Amnion nicht mitzudurchstechen. Er liess deshalb das Amnion intakt, welches sich durch den Druck der Amnionflüssigkeit in die Vagina hineinbauschte und nun zugleich als natürlicher Dilatator und als intrauteriner Tampon wirkte. Jedenfalls braucht diese Methode noch ihren Befähigungsnachweis, ist wohl aber kaum als unmöglich zu betrachten.

Ich will nun noch von zwei Kliniken die Behandlungsarten resp. deren Urteile über die von der Berliner Schule geübte Therapie folgen lassen. Zuerst will ich von der Leipziger Klinik sprechen, deren Methode von Obermann in seinem „Beitrag zur Behandlung der Placenta praevia“ beschrieben wird.

Bei bedrohlichen Blutungen wird sofort aktiv eingegriffen, sobald nur ein Finger durch den Muttermund dringen kann; die Tamponade wurde ärztlicherseits nicht angewendet, stets wurde kombiniert gewendet und die Extraktion je nach der Erweiterungsfähigkeit des Muttermundes angeschlossen, nie jedoch erzwungen. Auf das kindliche Leben wurde insofern Rücksicht genommen, als nach dem Durchschneiden des Steisses die Nabelschnur geprüft und bei guter Herzaktion und, wenn es der Zustand der Mutter gestattete, die Geburt des Kopfes und der Arme beschleunigt wurde. Er bestätigt im allgemeinen Behms Behauptung, dass die Braxton Hickssche Methode eine ideale zu nennen sei, da unter sicherer und frühzeitiger Blutstilluug bei gleichzeitiger Garantie gegen Sepsis vorgegangen würde, dagegen stimmt er nicht mit dem möglichst passiven Vorgehen beim Extrahieren überein, will vielmehr hierin mehr der Hofmeierschen Methode folgen, d. h. der langsamen Extraktion. Er betont die jeweilige lange Dauer der Extraktion bei Behm, die zwischen $^1/_2$ und 11 Stunden schwankt, die deshalb dem vielbeschäftigten Arzt beinahe unmöglich wird, und erwähnt 15 eigene gut verlaufene Fälle mit einer Extraktionszeit von 10 Minuten bis $1^3/_4$ Stunden. Ausserdem modificiert er seine Extraktion dahin, dass der Operateur den Steiss dauernd auf dem Muttermund fixiert erhält. Hierbei darf aber nach Obermann nie die beständige Massage des Uterus unterlassen werden.

Schon nach kurzer Zeit stellen sich dann die Wehen ein, welche im Verein mit der Extraktion id est gleichmässigen Fixation den Muttermund erweitern und so die Geburt beenden.

Er stellt einige Sätze auf, die sich Braxton Hicks beinahe völlig anschliessen:

1. Der ärztliche Eingriff muss frühzeitig gemacht werden;

2. Es wird kombiniert gewendet und langsam extrahiert;

3. Unter Extraktion versteht er: „Durch fortwährenden gelinden Zug den Steiss auf dem Muttermund fixieren.“

4. Hierbei ist der Uterus dauernd zu massieren.

5. Bei Cervixriss ist die Naht notwendig.

6. Bei Blutung in der Schwangerschaft wird der Kolpeurynter besser als die Tamponade benutzt.

7. Die Patientin erhält frühzeitig reichliche Portionen von Alkohol.

Die Abhandlung von Nordmann an der Dresdener Königlichen Frauenklinik über: „Statistik und Therapie der „Placenta praevia“ will untersuchen, ob die Berliner Methode mit der kombinierten Wendung die einzige richtige ist oder ob man individualisierend vorgehen und auch anderen Therapieen ihre Daseinsberechtigung zugestehen müsse. Die Dresdener Klinik stellt auch wieder wie die Charité die Rettung der Mutter in den Vordergrund, stellt aber die Rettung der Kinder nicht als etwas Untergeordnetes dar.

Er unterscheidet drei Behandlungsmethoden bei seinen Fällen:

1. solche, bei denen Colpeuryse mit oder ohne Blasenstich mit folgender spontaner Geburt angewendet wurde;

2. solche, wo gewendet, resp. bei Beckenendlagen ein Fuss heruntergeholt und im unmittelbaren Anschluss daran extrahiert wurde und

3. solche, wo man zwar wendete resp. einen Fuss herunterholte, die Extraktion aber erst nachträglich anschloss.

ad 1. Die Colpeuryse hatte in bezug auf die Blutstillung, wenige Fälle ausgenommen, günstige Resultate.

ad 2. Es wurde zum Zweck der Operation mit der ganzen Hand eingegangen und immer innerlich gewendet. Es wurde, wenn nicht das mütterliche Leben gefährdet war, solange gewartet bis nicht nur die Wendung, sondern auch die Extraktion möglich war. Freilich kamen unter 23 Fällen 8 mal Cervixrisse vor, deren Blutung durch Umstechung gestillt wurde

ad 3. Es wurden nur tote Kinder geboren, freilich handelte es sich auch nur um 6 Fälle. Im übrigen war der Erfolg gut.

Die Placenta kam bei 45 Fällen 12 mal spontan, 21 mal wurde sie nach Credé und 12 mal manuell entfernt.

Er gesteht zu, dass die Anhänger der kombinierten Wendung den Vorzug der fast ausgeschlossenen Infektionsgefahr auf ihrer Seite haben und kommt zu dem Schlusse, dass die älteren Methoden bei der Behandlung der Placenta praevia wenigstens nicht alle Berechtigung verloren haben, und dass durch sie manches sonst verlorene kindliche Leben gerettet werden könnte.

Nachdem ich bisher mehr nach allgemeinen Gesichtspunkten die Placenta praevia besprochen habe, will ich nun an der Hand von 109 von 1882 bis April 1897 in der Charité behandelten und von 50 von Herrn Professor Dr. Nagel in der Poliklinik der Charité persönlich behandelten Fällen speciell die gebräuchlichen Berliner Behandlungsmethoden und die damit erzielten Erfolge besprechen.

Ich lasse zunächst die einzelnen Fälle mit Status und Therapie der Zeit nach geordnet folgen, und zwar zuerst die 109 in der Charité behandelten Praeviae und dann die 50 Fälle des Herrn Professor Dr. Nagel.

No. 1. F. 22jährig. II. p. Plag. pr. lateralis. Schädellage. Im 10. Monat entstehen bei geschlossenem Muttermund Blutungen und Wehen. Bald darauf sehr starke Blutung. Der Mm. tst für 3 Finger durchgängig. Nach der Blasensprengung wird innerlich gewendet, worauf Geburt und Nachgeburt nach 5 Std. ohne Störung erfolgen.

Ausgang für 1. d. Mutter: gut. 2. d. Kind: tot.

2. P. 24 jährig. II. p. Plac. pr. totalis. Schädellage. Im 8. Monat bei schwachen Wehen starke Blutung. Es

bestehen Ödeme, Anaemie und Hydraemie. Der Mm. ist für 1 Finger durchgängig. Die Eihäute werden hoch oben zerrissen und es wird kombiniert gewendet. Nach $^1/_4$ Std. spontane Geburt. Nachgeburt ohne Eihäute. Ausgang für 1. d. Mutter: p.p. profuse Blutung, weshalb die zurückgebliebenen Eihäute entfernt werden. Die Atonie dauert trotz Massage, Injektionen und Tamponade fort, so dass die Mutter trotz Analepticis 2 Std. p.p. an Anaemie stirbt. 2. das Kind: unreif, tot.

1883. 3. H. 28jährig. II. p. Plac. pr. later. Schädellage. Im 9. Monat (14 Tage vor Aufnahme) entstand eine mässige Blutung. Seit 20 Std. bestehen Wehen. Der Mm. ist 5markstückgross. Nach dem Blasensprung wird innerlich gewendet. Keine Herztöne, keine Blutung mehr. Nach 2 Std. Geburt, $^1/_4$ Std. später Nachgeburt ohne Störung.
Ausgang für 1. die Mutter: gut. 2. das Kind: tot.

4. Sch. 18jährig. I. p. Plac. pr. centralis. Schädellage. Im 6. Monat entstehen Blutungen, so dass hochgradige Anämie eintritt. Bei Aufnahme bestehen Blutungen ohne Wehen. Der Mm. ist für 1 Finger durchgängig. Nach Durchbohrung der Placenta wird kombiniert gewendet. Die Frucht wird nach 2 Std. spontan ausgestossen, die Placenta nach $^3/_4$ Std. exprimiert.
Ausgang für 1. Mutter: gut. 2. d. Kind: tot unreif.

5. H. 38jährig. Vp. Plac. pr. centralis. Schädellage. Im 5. Monat bestehen seit 8 Tagen Blutungen und Wehen. Mm. für 2 Finger durchgängig. Durchbohrung des Eihautsackes hoch oben und kombinierte Wendung. Nach 1 Std. Geburt der Frucht. $^1/_2$ Std. später wird die Placenta exprimiert, ein kleiner Placentarrest aber manuell entfernt. Ausgang für 1. d. Mutter: gut, 2. d. Kind: mit Herzschlag geboren, unreif, tot.

6. K. Vp. Pl. pr. centralis Schädellage. Im 9. Monat fanden seit 10 Tagen 3 mal Blutungen statt. Mm. für 2 Finger durchgängig. Die Eihäute werden hoch oben zerrissen, es wird kombiniert gewendet, worauf die Blutung steht. Da sich der heruntergeholte Fuss zurückzieht, wird er angeschlungen. Die Herztöne sind gut. Trotz Massage entstehen 36 Std. lang keine Wehen. Wegen Schüttelfrostes (39,5° 130) wird langsam extrahiert. Der Uterus wird wegen der Blutung komprimiert. (Karbolausspülung und Injektionen von 40°.) Blutung steht. Wegen der zögernden Nachgeburt Tamponade. Temperatur 38°. Als

nach $1^1/_2$ Std. nochmals ein Schüttelfrost einsetzt (39°), wird die fixierte Placenta manuell entfernt.

Ausgang für 1. Mutter: gut. 2. Kind: trotzdem es früh geboren ist, lebend.

1884. 7. P. 27jährig. IV. p. Plac. pr. lateralis. Schädellage. Es besteht mässige Blutung, daher heisse Scheidenausspülungen. Innere Wendung auf den linken Fuss. Da Fötaltöne sinken, der Muttermund aber völlig erweitert ist, erfolgt Extraktion. Die Placenta wird manuell gelöst. Da wegen Placentarrestes eine atonische Nachblutung entsteht, wird auch dieser manuell entfernt.

Ausgang für 1. Mutter: gut. 2. Kind: lebend.

8. N. 40jährig. XIII. p. Plac. pr. lateralis. Steisslage. Patientin hat vorher 3 mal abortiert. Im 7. Monat profuse Blutung, weshalb sie tamponiert in die Charité gebracht wird. Nach eiskalten Scheidenausspülungen steht die Blutung. Mm. für 1 Finger durchgängig. Bald darauf Wehen mit Abgang von Wasser. Herztöne waren nicht mehr hörbar. Am nächsten Tage Schüttelfrost 39,5° bis 40,4°: 124. Durch stärkere Wehen wird ein putride riechendes, nicht maceriertes Kind geboren.

Ausgang für 1. Mutter: p.p. 37,9°: 110 gut, 2. Kind: männlich, tot, 1100 g, 41 cm.

9. W. 35jährig. VIII. p. Pl. pr. lateralis sinistra. Schädellage. Nach Fall von einem Koffer beginnen profuse Blutungen, die nach Bettruhe und Applikation von kalten Umschlägen aufhören. Bald darauf wieder mehrfache Blutung. (Heisse und kalte Scheidenausspülungen.) Mm. ist 2markstückgross. Wendung auf linken Fuss. Wegen Wehenschwäche wird tamponiert, worauf nach $1^1/_2$ Std. die Geburt, $^3/_4$ Std. später die Nachgeburt spontan erfolgt.

Ausgang für 1. Mutter: ein p.p. eingetretener Collaps wird mit Analepticis und Aether-Campher-Injektionen bekämpft. Heilung. 2. Kind: tot. 3110 g, 51,5 cm.

1885. 10. W. 24jährig. II. p. Pl. pr. later. Schädellage. Die erste Blutung tritt unter der Geburt auf und wird mit der Erweiterung des Mm. stärker, daher Anaemie. Nach Sprengung der Blase wird bei 3markstückgrossem Mm. gewendet. Nach 2 Std. Ausstossung des Kindes und der Nachgeburt.

Ausgang für 1. Mutter: p.p. Excitantien, Heilung. 2. Kind: frischtot, 2095 g, 48 cm.

11. K. 30jährig. IX. p. Plac. pr. totalis. Schädellage. Die 6 ersten Geburten waren normal, die 2 letzten endeten durch Abort. Vor 3 Wochen entstanden Blutungen, die nach Bettruhe aufhörten. Bei Beginn der Geburt stärkere Blutung, Mm. 1-markstückgross, keine Wehen. Scheidenausspülungen mit 1‰ Sublimatlösung. Nach heissem Bad treten heftige Blutungen auf. Die Placenta wird durchbohrt, die kombinierte Wendung ausgeführt und der herabgezogene linke Fuss angezogen. Die Blutung steht. Durch heisse Scheidenausspülung werden kräftige Wehen ausgelöst und die Geburt und Nachgeburt bewirkt.

Ausgang für 1. Mutter: p. p. Anaemie. Am 2. Tage wässrige Stühle mit Tenesmus. Temperatur 38,7°. Zunge belegt. Im Urin Eiweiss. Nach Anwendung von Infus. Ipecac. Tinct. Opii simplex und Suppositorien verschwinden alle diese Erscheinungen, die einer Quecksilberintoxikation glichen. Heilung. 2. Kind: lebend, 2630 g, 50 cm.

12. W. 28jährig. IV p. Plac. pr. totalis. Schädellage. Bei einer früheren Geburt war die Placenta manuell entfernt worden. Blutung besteht seit 4 Tagen. W. wird von Arzt tamponiert und zur Charité gebracht. Starke Anämie. Mm. zweimarkstückgross. Kombin. Wendung und Anziehung des heruntergeholten Fusses, worauf die Blutung steht. Nach 8 Std. spontane Geburt und Nachgeburt. Die Nabelschnur war einmal um den Hals und dreimal um den Leib des Kindes geschlungen.

Ausgang für 1. Mutter: Fieber durch Mastitis und Phlegmasia alba dolens. (Hochlagerung und hydropathische Umschläge, später Massage.) Am 54. Tage geheilt entlassen. 2. Kind: tot. 2640 g, 49 cm.

13. H. 28jährig. II p. Plac. pr. lateralis. Schädellage. Vor mehreren Tagen entstand eine Blutung, die spontan aufhört. Bei ihrer Wiederholung wird sie von Hebamme tamponiert und zur Charité gebracht. Anämie, Ohnmachten, kleiner Puls. Mm. einmarkstückgross. Nach Blasensprung tritt der Kopf tiefer. Ohne weitere Blutung erfolgt nach $1^1/_2$ Std. Geburt und Nachgeburt spontan.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: tot. 2720 g, 50,8 cm.

14. P. 22jährig II p. Plac. pr. later. Fusslage. Vor 10 Tagen trat intensive Blutung ein. Seitdem täglich. Mm. ist dreimarkstückgross, Wehen schwach. Nach 24 Std.

erfolgt Erweiterung des Mm. und Blasensprung. Bald darauf spontane Geburt und Nachgeburt.

Ausgang für 1. Mutter: Am 7. Tage wird Patientin wegen Gesichtsrose auf eine andere Station verlegt. 2. Kind: weiblich, lebend. 2000 g, 43 cm.

1886. 15. K. 34jährig. I p. Plac. pr. lateralis. Schädellage. Letzte Menses Februar 1886. Am 19. 9. erste Blutung mit stärkeren Wiederholungen. Tamponade durch eine Hebamme. Mm. für 1 Finger durchgängig. Nach der Untersuchung stärkere Blutung. 1 Std. später (36 Std. nach Aufnahme). Schüttelfrost mit 39,5°. Am nächsten Tage Erbrechen, Leibschmerz, Blutungen. Mm. für zwei Finger durchgängig. Nach Blasensprung Abfluss von fötide riechendem Fruchtwasser. Neuer Schüttelfrost mit 40,2°. Keine Wehen, keine Blutung. Stündlich antiseptische Ausspülungen, darauf normale Temperatur. Puls 104. Leichter Icterus. Abdomen nicht druckempfindlich. Wendung scheitert am engen Mm. und Feststand des Kopfes, dabei fliesst aashaftstinkende Flüssigkeit ab. Da Collaps eintrat, erhält Pat. 2 Aetherinjektionen, im übrigen Sublimatausspülungen. Während des Collapses wird bei dreimarkstückgrossem Mm. perforiert und extrahiert. (Weichteile und Kopf reissen, da maceriert, ab.) Bei zunehmendem Collaps stirbt Patientin $^1/_2$ Std. nach der Operation. Obduktion ergiebt: Parenchymatöse Nephritis und Hepatitis und fibrös chronische Endometritis.

Ausgang für Kind: tot maceriert.

16. T. 34jährig. X p. Plac. pr. lateralis. Querlage. Letzte Menses 28. 7. 85. Im Dezember häufige Blutungen. Am 2. 1. 86 kombin. Wendung, worauf die Blutung steht. Wegen Wehenmangels und Pulssteigerung erfolgt Extraktion. Nach heissen Ausspülungen spontane Geburt der Placenta.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: tot, unreif.

17. V. 41jährig. XIII p. Plac. pr. lateralis. Fusslage. Im September erste Blutung, dann alle 2—3 Tage. Am 4. 10. Blasensprung. Beide Füsse liegen in der Scheide. Daneben schwach pulsierende Nabelschnur. Mm. fünfmarkstückgross, keine Blutung. Um ein lebendes Kind zu erhalten, wird extrahiert. Nachgeburt folgt spontan.

Ausgang für 1. Mutter: p. p. Schüttelfrost 40,5°, welcher nach Sublimatausspülungen (0,5:1000) verschwindet. 2. Kind: lebend 1800 g, 47 cm.

18. F. 29jährig. V p. Plac. pr. later. Schädellage. Patientin ist blass, anämisch, giebt an, vor 8 Tagen Wasser verloren zu haben. Darauf starke Blutung, welche sich 3mal wiederholt. Sie war vorher tamponiert worden. Herztöne sind nicht hörbar. Mm. ist dreimarkstückgross. Vorfall der pulsierenden Nabelschnur. Bei der Untersuchung entsteht Blutung. Geburt und Nachgeburt spontan.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind tot. 1420 g, 42 cm.

19. W. 24jährig. III p. Plac. pr. marginalis. W. wird wegen starker Blutung zur Charité gebracht. Geburt und Nachgeburt ohne Blutung spontan.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: lebend, männlich. 2670 g, 46,5 cm.

1887|88.

20. G. 33jährig. II p. Plac. pr. later. Schädellage. Im Dezember traten unregelmässige Blutungen auf, weshalb im Januar tamponiert wird. Mm. ist für 1 Finger durchgängig. Trotz des engen Mm. wird gewendet. Da die Atmung aussetzt und Collaps auftritt, werden Autotransfusion und Aetherinjektionen angewendet. Da trotz wiederkehrender Atmung der Puls noch nicht fühlbar ist, wird eine Kochsalzinfusion von 800 ccm (0,6%) in die Venacephalica gemacht. Bei guten Wehen erfolgt darauf die Geburt. Placenta wurde manuell entfernt.

Ausgang für 1. Mutter: Bis zum 7. Tag unregelmässiges Fieber (38—39°), hohe Anämie, Schwindel, Ohrensausen, Gesichtshallucinationen etc. Am 14. Tage geheilt entlassen. 2. Kind: tot. 3500 g, 51,5 cm.

21. F. 19jährige I p. Plac. pr. lateral. Schädellage. Wiederholte Blutung. Mm. 2 markstückgross. Es wird kombiniert auf linkem Fuss gewendet. Bis zum Steiss (3|4 Std.) spontane Geburt, dann künstliche Entwicklung. Nachgeburt ohne Störung.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: leicht asphyktisch, wiederbelebt. 1740 g. 44,5 cm.

22. M. 25jährig. III p. Plac. pr. later. Schädellage. M. hat als Kind Rachitis gehabt. Seit 30. 4. 87. Blutung unter Wehen, am 2. 5. anaemisch in die Charité eingeliefert. (Erbrechen, Schwindel etc.) Mm. 2 markstückgross. Blase stand. Herztöne nicht deutlich hörbar. Nach der kombinierten Wendung erfolgt spontane Geburt und Nachgeburt.

Ausgang für 1. Mutter: p. p. Collaps. Therapie: Aether-Campher-Injektionen. Heilung. 2. Kind: tot. 2115 g. 47 cm.

23. Fr. 37jährig. VIII. p. Plac. pr. totalis. Schädellage. Seit 3 Wochen starke Blutung. Anämie. Mm. 5 markstückgross. Kombinierte Wendung auf den linken Fuss. Herztöne sind hörbar und gut. Der Rumpf wird spontan geboren, da aber das Kinn nach vorn gerichtet bleibt und über der Symphyse festhakt, muss das Kind entwickelt werden. Es kommt so tief asphyktisch zur Welt, dass Wiederbelebungsversuche scheitern.

Ausgang für: 1. Mutter: Phlebitis am Varicen beider Beine. Heilung. 2. Kind: tief asphyktisch, nicht wiederbelebt.

24. L. 34jährig. V p. Plac. pr. totalis. Schädellage. Seit 3 Wochen Blutungen. Mm. für 2 Finger durchgängig. Herztöne nicht hörbar. In linker Seitenlage Wendung auf linken Fuss. Nach $1^1/_2$ Std. wird der Rumpf spontan geboren, Kopf und Arme werden gelöst.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: tot. 4330 g. 51,5 cm.

25. La. 20jährig. II p. Plac. pr. lateralis. Schädellage. La. kommt kreissend mit starken Blutungen zur Charité. Mm. für 2 Finger durchgängig. Kombinierte Wendung auf linken Fuss. Der Steiss tritt ins Becken, die Blutung steht. Herztöne sind bis gegen Ende der Geburt deutlich hörbar. Nach $1^1/_2$ Std. Geburt.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: tot, reif. 2100 g. 46 cm.

26. H. 28jährig. I p. Plac. pr. lateralis. Schädellage. Allgemein vorwiegend gerade verengtes Becken. 24,5—25—30,5—17—10. Es wird kombiniert gewendet. Geburt spontan bis zu den Schultern. Lösung der Arme und des Kopfes.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: tot. 2687 g. 49,5 cm.

27. W. 23jährig. II p. Pl. pr. lateralis. Querlage. Seit 14 Tagen starke Blutung. Mm. 2-markstückgross. Kombinierte Wendung auf rechten Fuss. Da die Wehen nur schwach sind, erfolgt Geburt erst nach 8 Std.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: leicht asphyktisch, wiederbelebt. 2680 g. 48 cm.

28. N. 42jährig. IX p. Plac. pr. totalis. Querlage. Die beiden letzten Geburten waren Aborte. In den letzten

Wochen geringe Blutung, welche kurz vor Aufnahme stärker wird. Mm. wird durch mässige Wehen für zwei Finger durchgängig. Kombinierte Wendung auf rechten Fuss, Blutung steht. Drei Stunden danach spontane Geburt.

Ausgang für 1. Mutter: P. p. atonische Nachblutung, welche auf heisse intrauterine Ausspülungen steht. Heilung. 2. Kind: lebend. 2910 g. 48,5 cm.

29. J. 23jährig. I p. Plac. pr. lateralis. Schädellage. J. hinkt infolge von Rachitis, Kyphose des 4. Lenden- und 11. Brustwirbels. Beiderseits pes. varus. Hängebauch. Verengtes Becken 20—23—25—17—10. Seit 14 Tagen Blutung. Mm. völlig erweitert. Da nach Blasensprengung die Blutung fortdauert, wird auf den linken Fuss gewendet. Es wird abgewartet, da das Kind schon maceriert ist.

Ausgang für 1. Mutter: Lochien übelriechend. Am 12. Tage geheilt entlassen. 2. Kind: maceriert. 2130 g. 48 cm.

30. F. 26jährig. II p. Plac. pr. lateralis. Schädellage. Im 8. Monat treten infolge Stosses gegen den Unterleib Blutungen auf, die sich nach drei Wochen wiederholen. Im 10. Monat starke Blutung mit Wehen, deshalb in die Charité aufgenommen. Patientin steht, da die Blutungen aufhören, auf, bekommt aber nach 14 Tagen wiederholte Blutungen. Mm. ist für einen Finger durchgängig. Am 4. Tage darauf bei erweitertem Mm. schnelle spontane Geburt.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: lebend. 3780 g. 53,5 cm.

31. E. 27 jährig. V p. Plac. pr. marginalis. Schädellage. Seit 8 Tagen mässige Blutung. Abdomen ausgedehnt, gespannt. Mm. 3markstückgross. Nach dem Blasensprung keine Blutung mehr. Geburt und Nachgeburt in 4 Std. spontan.

Ausgang für 1. Mutter: p.p. Schüttelfrost 40,2° am 3. Tage 38,7°. Lochien jauchig übelriechend. Da Scheidenirrigationen nicht ausreichen, Einlage von Jodoformstäbchen. Am 16. Tage geheilt entlassen. 2. Kind: lebend: 3450 gr, 52 cm.

32. K. 24 jährig. I p. Plac. pr. later. sin. Vor vier Wochen plötzliche Blutungen, die auf heisse Ausspülungen stehen. Da Wehenmangel, wird K. am 4. Tage entlassen.

später kommt sie kreissend zur Anstalt. Geburt spontan aber langsam, bei völlig erweitertem Mm.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung, 2. Kind: lebend. 2870 gr, 48,5 cm.

1888/89.

33. L. 24jährig. I p. Plac. pr. later Schädellage. Im 10. Monat kreissend wegen Blutung zur Charité. Mm. fast erweitert. Starke Blutungen. Da Kopf im Beckeneingang steht, die kindlichen Herztöne aber sinken, wird mit der Zange extrahiert. Placenta wird teilweise manuell entfernt.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung, 2. Kind: lebend.

34. W. 29jährig III p. Plac. pr. lateralis. Schädellage. seit 5 Wochen häufige Blutung. 10. Monat. Da Mm. 1markstück gross ist, wird er durch Colpeuryse erweitert. Kombinierte Wendung auf rechten Fuss. Weitere Geburt spontan.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung, 2. Kind: tot.

35. E. 36jährig. VIII p. Plac. pr. lateralis. Querlage. Im 8. Monat seit 5 Wochen Blutung. Mm. für 1 Finger durchgängig. Keine Herztöne. Durch Tamponade des Cervicalkanals mit Jodoformgaze, wird der Mm. 3markstückgross. Nach der kombinierten Wendung verläuft die Geburt spontan. Die Placenta wird manuell entfernt.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung, 2. Kind: tot.

36. 43jährig XII p. Plac. pr. totalis. Querlage. Im 9. Monat bestehen seit 4 Tagen Blutungen. Durch Tamponade des Cervicalkanals mit Jodoformgaze wird der Mm. nach 24 Std. für 2 Finger durchgängig. Placenta wird durchbohrt, die kombinierte Wendung ausgeführt. Nach 2 Std. erfolgt spontane Geburt, Nachgeburt wird manuell entfernt.

Ausgang für 1. Mutter: Gut, 2. Kind: tot.

27. J. 40jährig. VII p. Plac. pr. lateralis. Schädellage. J. anämisch hat häufige profuse Blutung gehabt. Da der Mm. geschlossen bleibt, wird mit Jodoformgaze tamponirt, worauf nach schneller Erweiterung kombiniert gewendet wird. Geburt und Nachgeburt spontan.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung, 2. Kind: tot.

38. G. 24jährig. II p. Plac. pr. totalis. Schädellage. Im 10. Monat häufige Blutnng. Mm. 3markstückgross. Nach der kombinierten Wendung ist der weitere Verlauf spontan.

Ausgang für 1. Mutter: Gut, 2. Kind: tot.

39. K. 24jährig. I p. Plac. pr. lateralis. Schädellage. Starke Blutungen vorher, Mm. 2markstückgross. Kombinierte Wendung. Geburt spontan. Lösung des Kopfes und der Arme. Nachgeburt ohne Störung.

Ausgang für 1. Mutter: Gut, 2. Kind: Asphyktisch wiederbelebt reif.

40. Sch. 40jährig. IV p. Plac. pr. lateralis. Querlage. Im 9. Monat Blutung mit Wiederholung. Patientin hat eine Mitralinsufficienz. Nach neuer Blutung bei genügend erweitertem Mm. kombinierte Wendung. Da Wehenschwäche und neue Blutungen auftreten langsame Extraktion.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung, 2. Kind: tot.

41. Z. 24jährig. III p. Plac. pr. totalis. Schädellage. Patientin ist im 5. Monat, kam wegen Chlorose, Herzklopfens und Luftmangels auf die innere Station. Nach viermaliger Blutung wurde sie tamponiert. Da hochgradige Anämie eintrat, der Puls klein wird, Mm. aber handtellergross ist, wird nach Darreichung von Excitantien die kombinierte Wendung und die Extraktion gemacht.

Ausgang für 1. Mutter: Phlegmasia alba dolens. Heilung, 2. Kind: tot.

42. Sch. 25jährig. I p. Plac. pr. lateralis. Schädellage. Letzte Menses im Sept. 1887. Im April treten Blutungen auf, nach Abgang von Fruchtwasser hören die Kindsbewegungen auf. Unter den Wehen beginnen Schüttelfröste. Der Mm. ist 2markstückgross, links liegt die pulslose Nabelschnur vor. Temperatur 38,7°, Puls 112. Nach der kombinierten Wendung erfolgt Geburt und Nachgeburt nach $^1/_2$ Std. spontan.

Ausgang für 1. Mutter: p. p. 38,7°—132. Trotz Uterusausspülung bestehen Schüttelfröste weiter. Am 30. Tage Tod der Pat. an Puerperalfieber. 2. Kind: tot, maceriert.

43. H. 31jährig. II p. Plac. pr. totalis. Schädellage. Letzte Menses Ende März. Mitte November Blutungen. Patientin ist stark erschöpft, anaemisch. Puls kaum fühlbar, Mm. völlig erweitert. Blase steht. Nach Excitantien Wendung ohne Narkose und Extraktion. Placenta nach Credé entfernt.

Ausgang für 1. Mutter: Wegen der Anaemie heisse Uterusausspülungen, Autotransfusion. Tod während der Kochsalzinfusion 1 Std. p. p.

Obduktion ergiebt: Anaemia universalis; Dilatatio ventriculi, Nephritis parenchymatosa, vielleicht auch eine Luftembolie. 2. Kind: tot.

44. M. 35jährig. I p. Plac. pr. totalis. Schädellage. Seit 2 Wochen starke Blutung, Kindsbewegungen haben aufgehört. Steht im 8. Monat. Anaemie. Mm. 1. markstückgross. Nach der kombinierten Wendung steht die Blutung. Bei der Narkose starkes Excitationsstadium. M. wird bewusstlos, Atmung setzt aus. Puls klein. Hohe Anämie. Subkutane Aether-Campherinjektionen. Kochsalzinfusion. Urin ist eiweisshaltig, Extraktion. Placenta folgt leicht.

Ausgaug für 1. Mutter: Uterus bleibt trotz Tamponade schlaff. M. stirbt im Collaps. Obduktion ergiebt: Nephritis und Hepatitis parenchymatosa, Oedema pulmonum. Embolie und Infarctus pulmonum. Vielleicht auch Eclampsie. 2. Kind: maceriert, tot.

1889|90. 45. C. 36jährig. I p. Plac. pr. later + succenturiata. Querlage. Im 6. Monat entstehen nach körperlicher Anstrengung Blutung und Wehen. Mm. ist völlig erweitert. Wendung und Extraktion. Im Mm. lag eine fünfmarkstückgrosse Placenta succenturiata und der rechte Arm.

Ausgang für 1. Mutter: gut. 2. Kind: tot.

46. K. 31jährig. VI p. Plac. praevia + succenturiata. Letzte Menses Ende Oktober 89. Im 6. Monat wiederholte Blutungen, deshalb Tamponade. Anämie. (Schwindel, Erbrechen etc.) Temp. 38,5°. Puls schnell. Andauernde Blutung. Mm. für einen Finger durchgängig. Wehen. Desinfektion und Jodoformgazetamponade des Cervical- und Vaginalkanals. Mit 2 Fingern wird aus dem dreimarkstückgrossen Mm. eine Placenta succenturiata von der Grösse eines Fünfmarkstückes herausgeholt. Nach der kombinierten Wendung erfolgt Geburt und Nachgeburt spontan.

Ausgang für 1. Mutter: Trotz Uterusausspülung schnell verlaufende Sepsis. Am 4. Tage tritt der Tod ein. 2. Kind: tot, maceriert.

47. P. 25jährig. I p. Plac. pr. lateralis. Schädellage. Im 9. Monat dreimalige Blutung. Mm. eben durchgängig. Jodoformgazetamponade wegen Blutung. Bei dreimarkstückgrossem Mm. kombin. Wendung. Geburt rasch und spontan. Nach $^3/_4$ Std. wegen Blutung manuelle Lösung der Placenta.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind tot, 2160 g 48 cm.

48. F. 31jährig. I p. Plac. pr. lateralis. Schädellage. Nach einem Fall treten starke Blutungen auf. F. befindet

sich im 10. Monat. Mm. ist für einen Finger durchgängig. Tamponade, die am nächsten Tage wiederholt werden muss. Mm. wird durch Wehen zweimarkstückgross. Nach der kombinierten Wendung hören Wehen und Herztöne auf. Extraktion.

Ausgang für 1. Mutter: TrotzUterusausspülung letal verlaufende Sepsis. 2. Kind: tot, Nabelschnur leicht imbibiert. 2680 g 51 cm.

49. Pr. 41jährig. VII p. Plac. pr. lateralis. Schädellage. Im 9. Monat Blutung und Wehen. Mm. ist dreimarkstückgross. Blase steht. Rechts liegt pulsierende Nabelschnur vor. Nach $1^1/_4$ Std. spontane Geburt und Nachgeburt.

Ausgang für 1. Mutter: Gut. 2. Kind: tot, 1780 g 44 cm.

50. Sch. 38jährig. VIII p. Plac. pr. lateralis. Querlage. Letzte Menses im August 89. Im März 90 dreimalige starke Blutung. Mm. einmarkstückgross. Blase stand. Herztöne schwach. Nach der kombinierten Wendung erfolgt weitere Geburt spontan.

Ausgang für 1. Mutter: Gut. 2. Kind: tot, 2080 g 46 cm.

51. H. 24jährig. II p. Plac. pr. totalis. Querlage. H. hatte im 8. Monat zwei starke Blutungen. Da der Mm. nur für einen Finger durchgängig ist, wurde mit Jodoformgaze tamponiert. Nach 6 Std. ist der Mm. zweimarkstückgross. Die Placenta wird durchbohrt und die kombinierte Wendung gemacht. Geburt geht spontan in $2^1/_2$ Std. zu Ende.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: tot, 2000 g 47 cm.

52. P. 27jährig. II p. Plac. pr. totalis. Schädellage. Im 10. Monat Blutung, ebenso bei der Untersuchung. Bei zweimarkstückgrossem Mm. Durchbohrung der Placenta und kombinierte Wendung. Wegen Anaemie werden Analeptica gegeben. Trotzdem das Kind tiefer tritt, wird, da eine neue Blutung auftritt, extrahiert. Die Placenta folgt sofort.

Ausgang für 1. Mutter: p. p. heisse Uterusirrigation und Ergotin. Da nach $^3/_4$ Std. starke Blutung entsteht, wird tamponiert. Autotransfusion. Trotzdem wird Puls kleiner und der Tod tritt ein während der Kochsalzinfusion. Obduktion ergiebt: In der Bauchhöhle 4—500 ccm. Blut. Cervixriss. 2. Kind: tot, 3050 g 51 cm.

1890|91. 53. Kr. über 30 Jahre, X p. Plac. pr. later. Fusslage. Im 5. Monat seit mehreren Tagen Blutung, so dass Ohnmacht eintritt. Nach der Blasensprengung spontane Geburt. Placenta wird wegen bestehender Atonie manuell entfernt.

Ausgang für 1. Mutter: p. p. heisse Uterusausspülung, Heilung. 2. Kind: tot, unreif.

54. W. 25jährig. II p. Plac. pr. totalis. Schädellage. Einige Stunden vorher Blutung. W. befindet sich im 10. Monat. Mm. für 1 Finger durchgängig. Blase stand. 1 Std. später bei für 2 Finger durchgängigem Mm. wegen Blutung kombinierte Wendung. 4 Std. später spontane Geburt. Placenta folgt leicht, ein nussgrosser Rest wird manuell entfernt.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: tot, reif.

55. Sch. 37jährig. XII p. Plac. pr. lateralis. Querlage. Im 10. Monat bei geringen Wehen mässige Blutung. Hängebauch. Nach 8 Tagen anhaltende Blutung, deshalb bei zweimarkstückgrossem Mm. kombin. Wendung. Nach 12 Std. bei mässigen Wehen und völlig erweitertem Mm. langsame Extraktion, Placenta spontan.

Ausgang für 1. Mutter: Am 5. Tage p. p. starke Blutung, ebenso am 7. Tage mit Fieber. Heisse Ausspülungen. Heilung. 2. Kind: reif, lebend.

56. 31jährig. III p. Plac. pr. totalis, Schädellage. Im 10. Monat bei einmarkstückgrossem Mm. geringe Blutung. Herztöne sind nicht zu hören. Nach Wasserabfluss wird der Mm. durch kräftige Wehen gut erweitert. Der macerierte Kopf tamponiert, so dass kein weiterer Eingriff nötig ist. Spontane Geburt und Nachgeburt.

Ausgang für 1. Mutter: Nach heissen Ausspülungen Heilung. 2. Kind: tot, leicht maceriert.

57. P. 25jährig. II p. Plac. pr. lateralis. Schädellage. Im 10. Monat seit 2 Tagen Blutung. Cervical- und Vaginalkanaltamponade. Mm. einmarkstückgross. Nach stärkerer Blutung kombin. Wendung und spontane Ausstossung des Kindes. Nachgeburt ohne Störung.

Ausgang für 1. Mutter: Tod an Pyämie. 2. Kind: tot, 2420 g, 50 cm.

58. Ar. II p. Alter? Plac. pr. later. Querlage. Im 9. Monat 2malige Blutung, weshalb Patientin tamponiert eingeliefert wird. An der vorderen Scheidenwand befindet sich ein langer Riss, der durch Clitoris und Harnröhren-

wulst geht. Anämie, Collaps. Nach neuer Tamponade wird bei dreimarkstückgrossem Mm. gewendet und langsam extrahiert. Placenta wird nach Credé entfernt.

Ausgang für 1. Mutter: Tod an Puerperalfieber. 2. Kind: tot, 2420 g, 48,5 cm.

1891/92.

59. F. 36jährig. I p. Plac. pr. later. Schädellage. Patientin ist schlecht genährt, kachektisch. Bei zweimarkstückgrossem Mm. wird wegen Blutung kombiniert gewendet. 2 Std. später Ausstossung der 7 Monate alten Frucht. Wegen Blutung wird die Placenta manuell entfernt.

Ausgang für 1. Mutter: Atonische Blutung p. p. Heisse Ausspülung. Ergotin, Tamponade erfolglos. Ebenso Kampher-Aetherinjektionen, Kochsalzinfusion und Autotransfusion. 2 Std. p. p. Tod an Anaemia universalis. 2. Kind: tot.

60. B. 35jährig. VIII p. Plac. pr. lateralis. Schädellage. Die 2 letzten Geburten waren Aborte. Sie befindet sich im 8. Schwangerschaftsmonat. Will schon im 2. Monat Blutungen gehabt haben. Temp.: 38,5°, Puls 120. Nach Entfernung der Tampons wird bei zweimarkstückgrossem Mm. die kombinierte Wendung gemacht, der nach 2 Std., da Puls 136 und Temperatur hoch ist, die Extraktion angeschlossen wird.

Ausgang für 1. Mutter: p. p. profuse Blutung. Heisse Ausspülungen, Ergotin und Massage erfolglos. Nach Tamponade steht die Blutung. Schwere Pyämie. Heilung 2. Kind: lebend, 1900 g, 43,5 cm.

61. L. 28jährig. XIII p. Plac. pr. lateralis. Schädellage. Im 5. Monat seit 5 Wochen Blutung. Bei zweimarkstückgrossem Mm. kombinierte Wendung. Bei völlig erweitertem Mm. Extraktion und manuelle Lösung der Placenta.

Ausgang für 1. Mutter: Nach Uterustamponade Heilung. 2. Kind: tot.

62. B. 39jährig. VIII p. Plac. pr. lateralis. Querlage. Im 10. Monat seit 8 Tagen Blutung. Kombinierte Wendung auf rechten Fuss, worauf die Fötaltöne aufhören. Extraktion bei völlig erweitertem Mm.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: weiblich, tot. 3570 g, 52 cm.

63. W. 24jährig. II p. Plac. pr. lateralis. Schädellage. Im 9. Monat seit 8 Tagen mässige Blutung. Bei fünfmark-

stückgrossem Mm. kombinierte Wendung auf rechten Fuss, der die Extraktion wegen Sinkens der Herztöne angeschlossen wird. Nachgeburt spontan.

Ausgang für 1. Mutter: Gut. 2. Kind: tief asphyktisch, nicht wiederbelebt, weiblich 1580 g, 43 cm.

1892/93.

64. R. 43jährig. XIII p. Plac. pr. totalis. Steisslage. Im 9. Monat seit 1 Tage Blutung, von Hebamme tamponiert. Bei einem für 2 Finger durchgängigen Mm. Sprengung der Blase und Herunterholen des rechten Fusses. Bis zum Steiss spontane Geburt, dann künstliche Entwicklung.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: asphyktisch, wiederbelebt. 2660 g. 48,5 cm.

65. L. 30jährig. IV p. Plac. pr. lateralis. Schädellage. Im 10. Monat seit 12 Std. starke Blutung. Bei für zwei Finger durchgängigen Mm. kombinierte Wendung. Bis Steiss ist die Geburt spontan, dann folgt Armlösung und Entwicklung des Kopfes.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: tot. 3440 g. 53 cm.

66. K. 18jährig. I p. Plac. pr. marginalis. Steisslage. Im 9. Monat vor 5 Tagen Blutung. Mm. für zwei Finger durchgängig. Nach der Blasensprengung steht die Blutung. Geburt und Nachgeburt spontan.

Ausgang für 1. Mutter: gut. 2. Kind: lebend, 2560 g. 45,5 cm.

67. K. 36jährig. II p. Plac. pr. lateralis. Schädellage. Im 9. Monat heftige Blutung und Wehen. Mm. für zwei Finger durchgängig. Nach der kombinierten Wendung erfolgt die weitere Geburt spontan.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: lebend, stirbt aber nach wenigen Stunden. 2010 g. 45,5 cm.

68. K. 17jährig. I p. Plac. pr. totalis. Schädellage. Im 7. Monat seit 8 Tagen Blutungen. Scheidentamponade durch Arzt mit Sublimatgaze. Hohe Anämie. Mm. für zwei Finger durchgängig. Durchbohrung der Placenta und kombinierte Wendung. Geburt spontan bis zu den Armen, welche gelöst werden. Placenta wird manuell entfernt.

Ausgang für 1. Mutter: Wegen der Anämie Kochsalzinfusion. Fieber infolge von Parametritis. Nach vier Wochen geheilt entlassen.

2. Kind: tot.

69. L. 32jährig. IV p. Plac. pr. lateralis. Schädellage. Im 9. Monat mehrfach Blutung, infolge dessen Anämie. Wegen neuer Blutung Blasensprengung. Trotzdem der Kopf fest ins Becken tritt, besteht doch noch Blutung, so dass L. sehr anämisch ist. Unter kräftigen Wehen aber bald Geburt und Nachgeburt.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: lebend. 2820 g. 48 cm.

70. K. 33jährig. X p. Plac. pr. marginalis. Schädellage. Im 10. Monat. Zweimalige Blutung, weshalb von Hebamme tamponiert. Starke Anämie. Mm. ist 3 markstückgross. Blase stand, Wehen gering. Es wurde, da Blutung stand, kein Eingriff gemacht. Spontane Geburt und Nachgeburt.

Ausgang für 1. Mutter: p. p. atonische Blutung, Heilung. 2. Kind: lebend. 3020 g. 50 cm.

71. F. 39jährig. VIII p. Plac. pr. totalis. Schädellage. Im 10. Monat in der Poliklinik kombinierte Wendung. Blutung steht, Wehen sind aber schwach. Nach 15 Std. tritt Fieber von 39,5°, Puls 130 ein, später 40°—150, übelriechender Ausfluss, daher langsame Extraktion.

Ausgang für 1. Mutter: pp. 38,8°—120. Heilung. 2. Kind: tot. 1820 g, 47 cm.

72. B. 43jährig. XIII p. Plac. pr. totalis. Schädellage. Im 10. Monat seit drei Tagen starke Blutung. Mm. ist für einen Finger durchgängig, deshalb Tamponade. Nach $^3/_4$ Std. ist die Tamponade durchblutet. Da der Mm. jetzt für zwei Finger durchgängig ist, wird Placenta durchbohrt und kombiniert gewendet (schwer wegen des engen Mm.), dabei starke Blutung. Nach Anziehung des Fusses steht die Blutung. Puls 90. Als das Kind bis zum Nabel geboren war, trat plötzlich nach Aufhören der Wehen Collaps, Pulslosigkeit, Anämie ein. Es wird sofort extrahiert und die Placenta wegen starker Blutung manuell entfernt.

Ausgang für 1. Mutter: Es ist ein Cevixriss, für zwei Finger durchgängig, vorhanden. Trotz Aether- und Kochsalzinfusion stirbt B. im Collaps. Durch die Ruptura colli uteri war ein kindskopfgrosses Haematom entstanden, wahrscheinlich durch Geburt des Steisses, da sonst der Collaps schon früher hätte eintreten müssen. 2. Kind: tot. 3350 g. 50 cm.

73. A. 40jährig. III p. Plac. pr. totalis. Querlage. Im 10. Monat seit 14 Tagen Blutung, ebenso 5 Std. vor Aufnahme, weshalb von einer Hebamme tamponiert wird. Patientin ist bewusstlos und pulslos. Mm. ist für zwei Finger durchgängig. Durchbohrung der Placenta, kombinierte Wendung auf rechten Fuss, wonach die Blutung steht. Wegen eingetretenen Collapses Kochsalzinfusion, Aether-Camphereinspritzungen, heisse Einwicklungen, später Wein und Kaffee. Spontane Geburt bis zu den Armen. Arm und Kopf werden entwickelt. Nachgeburt kommt spontan.

Ausgang für 1. Mutter: In den ersten Tagen p. p. Ohrensausen, Schwarzsehen etc. Am 11. Tage geheilt entlassen. 2. Kind: tot. 3480 g. 55 cm.

74. H. 37jährig. VI p. Plac. pr. marginalis. Vollkommene Fusslage. Im 8. Monat Tamponade durch Hebamme wegen Blutung. Kommt sehr anämisch zur Charité, Mm. ist für zwei Finger durchgängig. Herunterziehen eines Fusses. Vorfall der pulslosen Nabelschnur. Geburt spontan.

Ausgang für 1. Mutter: Kurzes Fieber wegen Lochialzersetzung. Heilung. 2. Kind: tot. 1214 g. 41 cm.

1893|94. 75. B. 22jährig. I p. Plac. pr. marginalis. Schädellage. Im 7. Monat vor 3 Wochen Blutung, weshalb sie zur Charité kam, da dieselbe aber wieder aufhört, wird sie entlassen. Am folgenden Tage neue Blutung. Wehen gering. Mm. für einen Finger durchgängig. In Narkose langsame Dehnung des Muttermundes mit der Hand, sodass mit zwei Fingern kombiniert gewendet werden kann. Blutung steht, nach zwei Std. spontane Geburt und Nachgeburt (nach 10 Minuten).

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: tot, unreif. 1100 g. 38,5 cm.

76. Br. 35jährig. VI p. Plac. pr. totalis. Schädellage. Im 10. Monat einige Stunden vor Aufnahme starke Blutungen. Keine Herztöne. Mm. 3markstückgross. Durchbohrung der Placenta. Kombinierte Wendung. Geburt und Nachgeburt bei kräftigen Wehen spontan.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: tief asphyktisch, nicht wiederbelebt, männlich. 3180 g, 53 cm.

77. L. 40jährig. X p. Plac. pr. lateralis. Schädellage. 3 frühere Schwangerschaften sind durch vorzeitige Blutungen unterbrochen worden. Patientin leidet an Insuf-

ficienz und Stenose der Mitralis. Seit 24 Std. Blutung, Atemnot, Puls 120, klein unregelmässig. Wegen starker Blutung kombinierte Wendung und Extraktion ohne Narkose.

Ausgang für 1. Mutter: p. p. Collapserscheinungen und Dyspnoe, verschwinden bald. Heilung. 2. Kind: lebend. 445 g, 30 cm.

78. A. 36jährig. IX p. Plac. pr. lateralis. Querlage. A. hat vorher 2 Aborte gehabt. Jetzt im 8. Monat sind Wehen und mässige Blutungen vorhanden, die nach dem Blasensprung geringer werden. Sie wurde vom Arzt tamponiert. Anämie. Der Mm. ist fast völlig erweitert, hinter der hinteren Muttermundslippe liegt ein losgelöstes Stück Placenta, der linke Arm und die pulslose Nabelschnur sind vorgefallen. 10 Minuten nach der Wendung erfolgt spontane Geburt und Nachgeburt.

Ausgang für 1. Mutter: Galaktostase und leichtes Fieber. Heilung. 2. Kind: männlich, tot, 1470 g, 42 cm.

79. O. 23jährig. I p. Plac. pr. lateralis. Querlage. Im 6. Monat tritt nach einem Fall auf der Treppe Blutung ein, weshalb Patientin tamponiert zur Charité gebracht wird. Der Tampon ist durchblutet. Mm. ist für 2 Finger durchgängig. Kombinierte Wendung und Extraktion, da die Blutung nicht steht. Der Kopf des stark macerierten Kindes reisst ab und wurde leicht exprimiert.

Ausgang für 1. Mutter: Retroflexio uteri, Heilung. 2. Kind: tot, maceriert.

1894|95. 80. B. 29jährig. II p. Plac. pr. marginalis, unvollkommene Fusslage. Patientin verliert im 9. Monat Blut. Der Mm. ist völlig erweitert. Extraktion. Nachgeburt spontan.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: lebend. 1858 g, 43 cm.

81. St. 29jährig. V p. Plac. pr. lateralis. Schädellage. 1 Abort ist vorausgegangen. Im 3., 4. und 5. Monat verlor Patientin Blut, weshalb sie jetzt tamponiert wurde. Anaemie, weicher Puls 96, frische Tamponade wegen des geschlossenen Muttermunds. Als am nächsten Tage der Mm. für 2 Finger durchgängig ist, wird kombiniert auf beide Füsse gewendet. $^3/_4$ Std. später spontane Geburt.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: maceriert, tot. 2500 g, 25 cm.

82. L. 22jährig. III p. Plac. pr. totalis. Schädellage. 1 Abort im 5. Monat war vorausgegangen. Im 10. Monat jetzt wegen starker Blutung in die Charité eingeliefert; nach Entfernung der Tamponade ist der Mm. handtellergross. Wendung auf linken Fuss nach Durchbohrung der Placenta. Herztöne sind nicht mehr zu hören. Wehenschwäche. 24 Std. nach der Wendung tritt Fieber ein. T. 39,2° T. 104. Als noch Schüttelfrost dazukommt, wird extrahiert, Nachgeburt folgt spontan.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung, nachdem der Uterus mit Lysol ausgespült wurde. 2. Kind: tot, stark maceriert, weiblich. 2500 g, 49 cm.

83. H. 33jährig. III p. Plac. pr. lateralis. Schädellage. Wegen Wehen und Blutung Aufnahme in die Charité. Mm. ist geschlossen. Nach stärkerer Blutung wird er für 2 Finger durchgängig. Da nach der kombinierten Wendung die Herztöne sinken, wird bei nun völlig erweitertem Mm. extrahiert.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: lebend, männlich. 1600 g, 44 cm.

84. B. 35jährig. VIII p. Plac. pr. lateralis. Schädellage. Im 9. Monat seit einigen Std. Blutung. Blasses Aussehen. Puls 120. Mm. für 2 Finger durchgängig. Nach der kombinierten Wendung steht die Blutung. Geburt folgt spontan.

Ausgang für 1. Mutter: Venenthrombose am rechten Oberschenkel. Heilung. 2. Kind: leicht asphyktisch, wieder belebt, männlich. 2510 g, 42 cm.

85. B. 34jährig. IV p. Plac. pr. totalis. Schädellage. Die erste Geburt war eine Frühgeburt, die zweite normal, die 3. mit einer Placenta praevia kompliziert. Jetzt im 7. Monat wird B. wegen Blutung tamponiert und anaemisch zur Charité gebracht. Der Mm. ist für 2 Finger durchgängig. Da nach der kombinierten Wendung die Herztöne sinken, wird extrahiert. Nach $^1/_2$ Std. tritt neue Blutung auf, weshalb die Placenta manuell entfernt wird, nachdem die Expression misslang. Trotz anfänglicher Kontraktion wird der Uterus schlaff und blutet, so dass er tamponiert wird. Trotz Excitantien und NaCl-Infusion stirbt Patientin nach $1^1/_2$ Std., da durch einen Cervixriss eine Blutung in die Bauchhöhle erfolgt war.

Ausgang für Kind: lebend, männlich. 2550 g, 49 cm.

86. L. 28jährig. II p. Plac. pr. marginalis. Schädellage. Im 10. Monat Abgang von Wasser, dann wegen

Blutung Aufnahme in die Charité. Der Mm. ist fünfmarkstückgross, Wendung auf linken Fuss. Spontane Geburt und Nachgeburt.

Ausgang für 1. Mutter: p. p. atonische Blutung. (Heisse Scheidenausspülungen, Ergotin.) Nach 2 Std. Schüttelfrost 41,2°. Am nächsten Tage sinkt Temperatur. Puls 70—80. Dann wieder Temperatursteigerung 40° und 41°. Rechtes parametritisches Exsudat, aus welchem bei der Punktion eitrig blutige Flüssigkeit fliesst. Patientin stirbt am 43. Tage p. p. an Sepsis nach Eröffnung eines Abscesses am Kreuzbein. 2. Kind: tief asphyktisch, nicht wiederbelebt, männlich. 1950 g 47 cm.

1895|96. 87. W. 36jährig II p, Plac. pr. lateralis. Schädellage. Im 10. Monat seit einem Tage Blutung, kommt tamponiert zur Charité. Temperatur 36,6, Puls 88. Mm. für zwei Finger durchlässig. Nach Sprengung der Blase wird in Seitenlage kombiniert gewendet, worauf die Blutung steht. Die Fötaltöne hören auf. Geburt bis Nabel spontan, dann künstlich. Placentarentfernung nach Credé.

Ausgang für 1. Mutter: $^3|_4$ Std. p. p. profuse Nachblutung. (2 Ergotineinspritzungen.) Heilung. 2. Kind: tot.

88. G. 30jährig. V p. Plac. pr. lateralis. Abgewichene Querlage. Im 10. Monat kurz vor Aufnahme Blutung. Anämisches Aussehen. In Aethernarkose Wendung auf den linken Fuss, worauf die Blutung steht. Herztöne hören auf. Nach 2 Std. spontane Geburt. Placenta nach Credé entfernt.

Ausgang für 1. Mutter: p. p. Blutung, Anämie, Heilung. 2. Kind: tot.

89. R. 31jährig. V p. Plac. pr. totalis. Schädellage. Im 10. Monat geringe Blutung. Nach Durchbohrung der Placenta kombinierte Wendung und Anschlingung des Fusses, worauf die Blutung steht. Wehen sind gut, Herztöne nicht hörbar. Geburt spontan, bis auf Arme und Kopf, die entwickelt werden.

Ausgang für 1. Mutter: p. p. Nachblutung. Heilung. 2. Kind: tot, reif.

90. H. 27jährig. I p. Plac. pr. totalis. Schädellage. Im 10. Monat Blutung. Mm. für einen Finger durchgängig. Bei der Untersuchung neue Blutung. Der Kopf tritt fast ins Becken. Zwillinge. Spontane Geburt des ersten Kindes. Die zweite Blase wird gesprengt, das zweite Kind exprimiert. Es waren 2 Placentae und 2 Eihäute vorhanden.

Kurze tabellarische Uebersicht über

Art der Plac. pr.	Gesamtzahl.	Prim. Kindslagen.	Anzahl derselben.	Vorhergegang. Aborte.	Vorfall von Nabelschnur u. Extremitäten.	Tamponade ausser der Charité.	Tamponade in der Charité.	Blasensprengung.	Durchbohrung der Placenta.	Wendung innere	Wendung kombinierte.	Herunterholen eines Füsse.	Herunterholen beider Füsse.
Placenta praevia lateralis.	66	Schädellagen.	48	1×1 1×2 2×3	3 m. Vorfall der Nabelschnur.	4	9	8	—	11	30	—	—
		Querlagen.	11	1×2	1 m. l. Arm und Nabelschnur.	3	4	—	—	3	7	—	—
		Beckenendlagen.	7	1×4 1×3	Fuss und Nabelschnur 1 m.	2	—	3	—	—	—	2	1
Placenta praevia totalis.	31	Schädellagen.	26	1×1 1×2	1 mal um Leib, 3 mal um Hals.	4	4	5	9	4	21	—	—
		Querlagen.	4	1×2	—	1	2	—	3	—	4	—	—
		Beckenendlagen.	1	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—
Placenta praevia marginalis.	10	Schädellagen.	6	—	—	1	—	1	—	1	1	—	—
		Querlagen.	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
		Beckenendlagen.	3	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—
Plac. pr. + succenturiata.	2	Querlagen.	2	—	rechter Arm 1 mal	1	—	—	—	1	1	—	—

die Seite 26 bis 52 besprochenen Fälle.

Extraktion.	Scheiden- und Cervixrisse.	Nachblutungen.	Zwillinge.	Wiederholte Pl. pr.	Zangengeburt.	Placenta entfernt. manuell	Placenta entfernt. nach Credé.	Todesfälle der Mütter.	Todesfälle der Kinder.	derselben. Asphyxie	derselben. Späterer Tod
8	1 Cervix- und 1 Scheidenriss.	5	—	—	1	6	6	7	35	3 wiederbelebt. 1 tot.	1
6	1 Scheidenriss.	2	—	—	—	1	2	1	9	1 wiederbelebt.	—
1	1 Cervixriss.	1	—	—	—	1	1	—	3	1 wiederbelebt.	1
9	3 Cervixrisse.	3	1	1	—	6	6	7	24	2 tot.	1
—	—	1	—	—	—	1	—	—	3	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1 wiederbelebt.	—
—	—	2	—	—	—	—	—	1	1	1 tot.	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
1	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—
1	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—	—

Ausgang für 1. Mutter: p. p. Nachblutung (Reiben des Uterus). Heilung. 2. Kinder: beide tot.

91. B. 33jährig. VIII p. Plac. pr. lateralis. Schädellage. Im 8. Monat seit 8 Tagen Blutung. Hängebauch. Mm. für 2 Finger durchgängig. Blase steht. Nach kombinierter Wendung auf den linken Fuss folgt spontane Geburt und Nachgeburt.

Ausgang für 1. Mutter: gut. 2. Kind: tot.

92. Sch. 32jährig. II p. Plac. pr. lateralis. Schädellage. Eine Fehlgeburt ist vorausgegangen. Im 10. Monat Blutung. Mm. ist für 2 Finger durchgängig. Nach der Blasensprengung und der kombinierten Wendung tritt Wehenschwäche ein. Nach 12 Std. bei kräftigen Wehen spontane Geburt. Placenta folgt sofort.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: tot.

93. B. 23jährig. V p. Plac. pr. lateralis. Schädellage. Im 6. Monat Blutung. Mm. ist einmarkstückgross. Schüttelfröste und Fieber wegen bestehender Pneumonie. 3 Tage nach der Krisis Blutung. Blasensprengung. Auch nach der Untersuchung geht Blut ab. Nach der inneren Wendung steht die Blutung. Geburt verläuft spontan. Wegen neuer Blutung wird die Placenta nach Credé entfernt.

Ausgang für 1. Mutter: Anteflexio uteri, Heilung. 2. Kind: tot.

94. Z. 38jährig. Plac. pr. lateralis. VII p. Schädellage. Im 7. Monat seit einer Woche geringe Blutung, daher vom Arzt tamponiert. Mm. ist einmarkstückgross. Kombinierte Wendung auf den linken Fuss, worauf die Blutung steht. Geburt folgt spontan. Placenta nach Credé entfernt. Eine frühere Geburt war mit Hydrocephalus kompliziert gewesen.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: tot.

95. B. 41jährig. I p. Plac. pr. lateralis. Schädellage. Patientin kommt im 10. Monat tamponiert zur Charité. Nach Entfernung der Tampons neue Blutung. Kombinierte Wendung, worauf die Blutung steht. Da das Kind schon tot ist, folgt Exenteration und Perforation des Kopfes. Ausräumung des Uterus.

Ausgang für 1. Mutter: p. p. Uterustamponade. Kochsalzinfusion in Vena basilica. Trotzdem stirbt Patientin. Obduktion ergiebt: Nephritis parenchymatosa, Oedema pulmonum. Ruptura vaginae et cervicis. Cholelithiasis und Anaemia universalis. 2. Kind: tot.

96. K. 25jährig. I p. Plac. pr. totalis. Schädellage. Im 10. Monat seit einem Tage Blutung. Nach der Blasensprengung und kombinierten Wendung steht dieselbe. Collaps. Meconiumabgang. Spontane Geburt. Placenta nach Credé entfernt.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: tot.

97. Sch. 23jährig. I p. Plac. pr. lateralis. Schädellage. Im 8. Monat wegen Blutung vom Arzt tamponiert. Profuse Blutung nach der Untersuchung. Kombinierte Wendung. Blutung steht. Spontane Geburt und Nachgeburt.

Ausgang für 1. Mutter: Dammriss I. Grades, Heilung. 2. Kind: tot, unreif.

98. M. 23jährig. I p. Plac. pr. marginalis. Schädellage. Kurz vor Aufnahme Blutung. Blasensprung. Mm. dreimarkstückgross. Nach kräftigen Wehen Geburt eines Kindes, das dem 10. Monat entspricht.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: lebend.

99. B. 21jährig. I p. Plac. pr. marginalis. Querlage. Husten und Blutung mit Wehen. Patientin wird nach der Blasensprengung eingeliefert. Wegen der Blutung nach der Untersuchung kombinierte Wendung auf den rechten Fuss bei für 2 Finger durchgängigem Mm. Blutung steht. Spontane Geburt und Nachgeburt.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: tot, unreif.

100. Br. 34jährig. V p. Plac. pr. totalis. Schädellage. Im 10. Monat profuse Blutungen. Mm. für 1 Finger durchgängig. Bei der Untersuchung profuse Blutung. Durchbohrung der Placenta, Dehnung des Mm. mit 2 Fingern, kombinierte Wendung. 12 Std. lang keine Wehen. Nach heissen Umschlägen Wehen und spontane Geburt. Placenta wird nach Credé entternt.

Ausgang für 1. Mutter: p. p. atonische Nachblutung mit Tamponade gestillt, Heilung. 2. Kind: tot, reif.

1896|97.

101. M. 30jährig. V p. Plac. pr. totalis. Schädellage. Letzte Menses 22. 8. 95. Am 3. 5. 96 stärkere Blutung, weswegen häufige Tamponade, Anämie, Temperatur 30,5°, Puls 144. Bei dreimarkstückgrossem Mm. kombinierte Wendung auf den rechten Fuss. Geburt bis Rumpf spontan, dann künstlich. Placenta wird wegen Blutung exprimiert. p. p. Temperatur 38,4°, Puls 128. Leib aufgetrieben, schmerzhaft. Am 7. Tage Schüttelfrost, Erbrechen,

Ohnmacht, stirbt an Endocarditis ulcerosa und Thrombophlebitis.

Ausgang für Kind: tot, maceriert.

102. B. 34jährig. IX p. Plac. pr. lateralis. Schädellage. Die 2., 4. und 6. Geburt waren durch Abort, die übrigen durch Wendung beendigt. Im Juli 1895 Laparotomie wegen Extrauterinschwangerschaft. Beckenmaasse: 26—29—30—16—10. Wendung auf rechten Fuss. Geburt und Nachgeburt spontan.

Ausgang für 1. Mutter: p. p. subnormale Temperaturen, 35—35,8°, Puls klein, 108. Obstipation. Am 3. Tage Erbrechen kotähnlicher Massen. Laparotomie. Abknickung der Därme, Lösung der Adhäsionen, teils scharf, teils stumpf. Wunde geschlossen. Patientin stirbt bald nach der Operation. 2. Kind: tot, unreif, 1460 g, 44 cm.

103. Sp. 26jährig. II p. Plac. pr. lateralis. Schädellage. Ohnmacht und Blutung. Von Arzt tamponiert. Anämie, Puls frequent. Herztöne nicht hörbar. In Narkose kombinierte Wendung auf den rechten Fuss, worauf die Blutung steht und die Geburt spontan verläuft. Die Nachgeburt wurde exprimiert.

An der Placenta ist eine Insertio velamentosa angedeutet.

Ausgang für 1. Mutter: Da Sp. pulslos ist, Cognac und Café. Bald darauf Schüttelfröste 40—126°, dann 36,6—132°. Ausfluss übelriechend. Später häufige Schüttelfröste, 40,3—41,3°, 140. Am 14. und 17. Tage p. p. kein Fieber, plötzlich am 18. Tage 39,0° mit Erbrechen und Frost. Obstipation. Trotz Schwäche wird Patientin auf ihren Wunsch am 23. Tage p. p. als gebessert entlassen.

2. Kind: lebend, weiblich, 2410 g, 50 cm.

104. Fr. 20jährig. I p. Plac. pr. lateralis. Vollkommene Fusslage. Letzte Menses, November. Im Juli Wehen und Blutung bei fünfmarkstückgrossem Mm. Bei handtellergrossem Mm. wird die Blase gesprengt und, da die Blutung stärker wird, der rechte Fuss heruntergeholt und angeschlungen. Blutung steht. Geburt verläuft spontan, der Kopf wird entwickelt.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: tot, 1420 g, 43,5 cm.

105. Z. 44jährig. V p. Plac. pr. lateralis. Vollkommene Fusslage. Die Blase wurde gesprengt, 8 Tage später von Arzt wegen stärkerer Blutung tamponiert, Anämie.

Mm. für 2 Finger durchgängig. Beide Füsse werden heruntergeholt. $^1/_4$ Std. später spontane Geburt. Die Placenta wird exprimiert.

Ausgang für 1. Mutter: Am 9. und 11. Tage p. p. Fieber und Husten (alte Pleuritis), Heilung. 2. Kind: lebend, unreif, stirbt nach wenigen Minuten. 1210 g, 40 cm.

106. B. 38jährig. IX p. Plac. pr. lateralis. Unvollkommene Fusslage. Patientin hatte 4 Aborte vorher. Vor 3 Wochen geringe Blutung, seit kurzem stärkere mit Wehen. Mm. für 2 Finger durchgängig. Der rechte, vorliegende Fuss wird heruntergeholt und angeschlungen, worauf die Blutung steht. Geburt bis Nabel spontan, dann künstlich.

Ausgang für 1. Mutter: p. p. starke Blutung, rechts Cervixriss, welcher genäht wird, worauf Blutung steht. Heilung. 2. Kind: tief asphyktisch, wiederbelebt, männlich, 3005 g, 50 cm.

107. K. 19jährig. I p. Plac. pr. lateralis. Schädellage. Seit mehreren Tagen häufige Blutungen, die jetzt sehr stark sind. Mm. dreimarkstückgross. Wendung. Der heruntergeholte rechte Fuss wird bis zum Knie extrahiert. Spontane Geburt und Nachgeburt.

Ausgang für 1. Mutter: Fieber bis zum 6. Tage p. p. wegen Obstipation, Heilung. 2. Kind: tot, unreif. 1985 g, 47 cm.

108. Sch. 30jährig. VI p. Plac. pr. lateralis. Schädellage. Letzte Menses Mitte April. Hochgradige Anämie. Seit Dezember 4mal Blutungen, von Hebamme tamponiert. Mm. ist für 2 Finger durchgängig. Blasensprengung. Kombinierte Wendung auf den linken Fuss, welcher bis zum Arme entwickelt, angeschlungen und angezogen wird. Geburt bis zu den Schultern spontan. Die Arme werden gelöst, der Kopf nach Veit-Smellie entwickelt. Die Placenta wird exprimiert.

Ausgang für 1. Mutter: Am 1. und 5. Tage bekommt Patientin Ricinus wegen Obstipation, Heilung. 2. Kind: tot, reif, 3510 g, 55 cm.

Anmerkung: In der Placenta fanden sich Kalkeinlagerungen vor.

109. L. 33jährig. X p. Plac. pr. lateralis. Schädellage. Letzte Menses, Oktober 96. Patientin hat jetzt Mitte März, seit einigen Tagen Blutungen, welche nach Bettruhe standen. Der Mm. ist für 2 Finger durchgängig. Wegen neuer Blutung kommt sie zur Charité. Schwache

Wehen, stärkere Blutungen. In Narkose Wendung auf den linken Fuss, welcher angeschlungen wird. Nach dem Erwachen stellen sich Wehen ein, durch welche die Geburt spontan erfolgt. Arme und Kopf werden leicht entwickelt. Die Placenta wird nach $^1/_2$ Std. nach Credé entfernt.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: tot, unreif, weiblich. 2410 g, 47 cm.

Tabellarische Uebersicht über die Zahl der Geburten in den einzelnen Jahren und ihr Verhältnis zu dem Vorkommen der Placenta praevia.

Es kommen vor im Jahre.	Entbindungen.	Placentae praeviae.	Centrales.	Totales.	Marginales.	Succenturiatae.	Todesfälle der Mütter.	Ursachen derselben.	Todesfälle der Kinder.
1882	1167	2	1	1	—	—	1	Anaemie	2
1883	1114	4	3	1	—	—	—	—	3
1884	1116	3	—	3	—	—	—	—	2
1885	1368	5	2	3	—	—	—	—	3
1886	1420	5	—	4	1	—	1	Puerperalfieber.	3
1887/88	1871	13	3	9	1	—	—	—	7
1888/89	1587	12	5	7	—	2	3	1. Puerperalfieber. 2. Anaemie. 3. Puerperalfieber.	10
1889/90	1474	8	2	4	—	—	3	1. Sepsis. 2. Sepsis. 3. Cervixriss.	8
1890/91	1530	6	2	4	—	—	2	1. Puerperalfieber. 2. Puerperalfieber.	5
1991/92	1810	5	—	5	—	—	1	Anaemie.	4
1892/93	1717	11	5	3	3	—	1	Ruptura colli uteri.	6
1893/94	1794	5	1	3	1	—	—	—	4
1894/95	1747	7	2	3	2	—	2	1. Cervixriss. 2. Sepsis.	3
1895/96	1790	14	4	8	2	—	1	1. Cervixriss und Anaemie.	14 1 mal Zwill.
1896/97	1857	9	1	8	—	—	2	1. Endocarditis und Thrombophlebitis. 2. Sepsis.	6

1882/97. 23362 Geburten mit 109 Fällen von Placenta praevia oder auf 214,33 Geburten kommt ein Fall von Placenta praevia.

50 Fälle von Placenta praevia von Herrn Prof. Dr. Nagel in der Poliklinik der Charité behandelt.

1888.

1. D. 39jährig. XI p. Plac. pr. lateralis. II. Schädellage. Letzte Menses August 1887. Seit 2 Monaten Blutung. Jetzt am 2. 2. seit 5 Stunden stärker. T. 38,2°, P. 120. Mm. ist fast erweitert, die pulsierende Nabelschnur ist vorgefallen. Nach innerer Wendung auf linken Fuss steht die Blutung. Langsame Extraktion. Manuelle Entfernung der Placenta. Uterus ist gut kontrahiert. Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: männlich, tot.

2. Schr. 35jährig. XIII p. Plac. pr. totalis. Schädellage. Letzte Menses Juni 1887. Seit 8 Tagen starke Blutung. (Ohnmacht, Anämie.) Durchbohrung der Placenta. Kind ist schon tot. Kombinierte Wendung auf linken Fuss, worauf die Blutung steht. 2 Stunden später spontane Geburt unter kräftigen Wehen. Placenta in 2 Stücken.

Ausgang 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: weiblich, tot, reif.

3. J. V p. Plac. pr. lateralis. II. Schädellage. Seit 8 Tagen resp. 3 Wochen Blutung. Seit 5 Stunden starke Wehen mit heftiger Blutung, Erschöpfung, schwach pulsierende Nabelschnur ist vorgefallen. Mm. ist thalergross. Nach Wendung auf linken Fuss steht die Blutung. 2 Stunden später spontane Geburt. Nachgeburt ohne Störung.

Ausgang für 1. Mutter: stirbt 3 Stunden p. p. an Erschöpfung. 2. Kind: männlich, tot.

4. D. 24jährig. VII p. Plac. pr. lateralis. I. Querlage Blase ist vor 5 Stunden gesprungen. Seit 3 Stunden bedeutende Blutung und Vorfall der pulslosen Nabelschnur und des rechten Armes. Bei dreimarkstückgrosse Mm. kombinierte Wendung auf den linken Fuss. Spontane Geburt des Kindes unter kräftigen Wehen. Entwicklung des Kopfes.

Nachgeburt ohne Störung.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: weiblich, reif, tot.

5. J. 33jährig. VII p. Plac. pr. lateralis. I. Schädellage. Letzte Menses 15. November. Jetzt im Juni seit 4 Wochen Blutung in wöchentlichen Intervallen. Wehen seit 12 Stunden. Dabei Blutung. Mm. ist markstückgross. Nach der kombinierten Wendung steht die Blutung. Unter Wehen spontane Geburt. Nachgeburt ohne Störung.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: männlich, lebend, 42 cm, stirbt aber nach 3 Stunden.

6. M. 18½jährig. I p. Plac. pr. lateralis. I Schädellage. Letzte Menses Anfang Dezember 1887. Seit 2 Tagen Blutung, Anämie. Mm. dreimarkstückgross. Während der Narkose Collaps. Schwere kombinierte Wendung. 2 Stunden später Ausstossung des Kindes unter manueller Nachhilfe. Während der Wendung geringe Blutung.

Ausgang für 1. Mutter: p. p. starke Blutung. Placenta manuell entfernt. Jodoformgaze-Tamponade erfolglos. Patientin stirbt 2 Stunden p. p. an Anaemie. 2. Kind: männlich, tot.

7. B. 30jährig. VII p. Pl. pr. centr. I. Schädellage. Letzte Menses Anfang November. Am 19. 7. plötzliche Blutung. Mm. für 1 Finger durchgängig, viel Fruchtwasser. Blasensprengung seitwärts der Placenta. Kombinierte Wendung auf linken hinteren Fuss, worauf die Blutung steht. Spontane Geburt nach 4 Stunden. Mässige Atonie.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: weiblich, reif, tot.

8. W. 25jährig. III p. Plac. pr. marginalis. II. Fusslage. T. 38°. P. 104. Erst nach Blasensprung tritt bei vollkommen erweitertem Muttermund starke Blutung auf. Langsame Extraktion. Nachgeburt ohne Störung. Geringe Atonie.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: weiblich, reif, tot.

9. L. 30jährig. II p. Plac. lateralis. II. Schädellage. Letzte Menses November 87. Blutung jetzt im Juli seit 6 Stunden schwache Wehen. Mm. für 2 Finger durchgängig. Kombinierte Wendung. Anziehen des angeschlungenen Fusses. Blutung steht. Nach 12 Stunden spontane Geburt eines tief asphyktischen Kindes.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: asphyktisch, nicht wieder belebt, männlich, kräftig entwickelt.

10. B. 30jährig. XI p. Plac. pr. centralis. II. Schädellage. Letzte Menses 4. Dezember 87. Mm. handtellergross. Starke Wehen. Nach Durchbohrung der Placenta innere Wendung und Extraktion. Placenta manuell entfernt.

Ausgang für 1. Mutter: Temperatur von 1. 5. Tag 36,5° — 38° — 40,1° — 38° — 36,4°. Heilung. 2. Kind: männlich, unreif, tot.

11. K. 31jährig. VII p. Plac. pr. lateralis. II. Schädellage. Letzte Menses Anfang Januar. Stark anämisch, vor

2 Stunden starke Blutung, sodass K. ohnmächtig wird. Die Blase steht. Der Mm. ist 3markstückgross. Nach der kombinierten Wendung steht die Blutung. Das Kind dreht sich aus I. in II. Fusslage. Geburt und Nachgeburt spontan.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: weiblich, tot.

12. G. 30jährig. I p. Plac. pr. centralis. Querlage. Letzte Menses 5. III. 1889. Jetzt im Oktober Mm. für 1 Finger durchgängig. Blase stand. Seit ein paar Stunden starke Blutung. Nach der kombinierten Wendung steht die Blutung. Geburt nach 3 Stunden spontan, ebenso Placenta $^1/_2$ Stunde später.

Ausgang 1. für Mutter: Heilung. 2. Kind: weiblich, lebend.

13. Sch. 27jährig. III p. Plac. pr. lateralis. I Schädellage. Letzte Menses Januar 1889. Jetzt am 21. 8. seit 3 Stunden Wehen und heftige Blutungen, sehr anämisch. $36{,}5^0 — 84$. Mm 2markstückgross. Nach kombinierter Wendung steht die Blutung. Geburt nach $1^1|_2$ Stunden spontan, Placenta nach $^1|_2$ Stunde ebenso.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: weiblich, tot.

14. Schr. 38jährig. X p. Plac. pr. lateralis. Schädellage. Letzte Menses Ende Februar. Starke Blutung jetzt am 29. X. kombinierte Wendung und Extraktion von Zwillingen. Nach manueller Placentarlösung hört die Blutung auf. Der Uterus gut kontrahiert.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kinder: beide weiblich, beide tot. 30 cm.

15. W. 37jährig. XI p. Plac. pr. marginalis. I. Schädellage. Letzte Menses December 1888. Jetzt im November seit 2 Std. starke Blutung. Mm. ist 5markstückgross. Kind ist schon abgestorben. Innere Wendung. Langsame Extraktion, worauf die Blutung steht. Nachgeburt $^1|_2$ Std. später ohne Blutung. Die zurückgebliebenen Eihäute sind in der Vulva sichtbar und werden mit der Kornzange herausgedreht. Beckenmas: $26^1|_2 — 30 — 19$.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung, 2. Kind: weiblich, tot.

16. Sp. 28jährig. III p. Plac. pr. lateralis. II. unvollkommene Fusslage. Letzte Menses Ende März. Der linke hintere Fuss ist vorgefallen. Mässige Blutung bei 5markstückgrossem Mm. Nach Anziehen des Fusses Wehen ohne Blutung. Spontane Geburt. Lösung der Arme. Beckenmasse: $26 — 30 — 32 — 20$.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: weiblich, tot, 43 cm.

17. Hö. 41 jährig. XI p. Plac. pr. centralis. II. Schädellage. Letzte Menses 21. April. Jetzt am 25. November seit 24 Std. Blutung. Das Kind ist abgestorben, Mm. 5markstückgross. Nach der Durchbohrung der Placenta kombinierte Wendung und langsame Extraktion. Placenta spontan ohne Blutung.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: männlich, tot.

18. Ha. 25 jährig. IV p. Plac. pr. lateralis. I. Querlage. Blutung seit 5 Std. Letzte Menses März. Blase am 29. 11. gesprungen, Mm. 1markstückgross. Kombinierte Wendung auf rechten Fuss. 2 Std. später spontane Geburt eines lebenden Kindes. Nachgeburt ohne Störung. Dammriss I. Grades.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: weiblich, lebend.

19. L. 22 jährig. II p. Plac. pr. lateralis. II. Schädellage. Letzte Menses 13. 3. Seit 14 Tagen Blutung. Seit 2 Std. stärker. Sehr anaemisch. Mm. für 2 Finger durchgängig. Wendung. 4 Std. später spontane Geburt. Geringe Blutung. Collaps, da schlecht genährt. Nachgeburt ohne Eihäute.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: weiblich, lebend. 47 cm.

20. D. 25 jährig. I p. Plac. pr. lateralis. I. Schädellage. Letzte Menses am 1. Mai. Am 27. 12. Blutung, seit 8 Std. Mm. 1markstückgross. Spontane Geburt nach 3 Std. Nach der kombinierten Wendung stand die Blutung. Nachgeburt ohne Störung.

Ausgang für 1. Mutter: gut. 2. Kind: männlich, tod 46 cm.

1890.

21. H. 22 jährig. II p. Plac. pr. lateralis. II. Schädellage. Letzte Menses 4. 1889. Am 1. 1. seit 2 Std. Blutung, 39,5°—100. Fötaltöne 150. Mm. 3markstückgross. Blase stand. Nach kombinierter Wendung steht die Blutung. Nach 4 Std. spontane Geburt. Die Nachgeburt folgt ohne Störung.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: weiblich, tot, nicht ausgetragen.

22. Sch. 36jährig. XIII p. Plac. pr. totalis. II. Querlage. Letzte Menses Juni 1889. Am 20. 1. vor einigen

Stunden Blutung, jetzt keine Wehen. keine Blutung. Anämie. Mm. ist 3markstückgross. Blase stand. Kombinierte Wendung auf rechten Fuss, worauf die Blutung steht. Nach $2^1/_2$ Std. spontane Geburt und Nachgeburt.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: weiblich, tot.

23. F. 28jährig. VI p. Plac. pr. lateralis. I. Querlage. Seit 4 Std. Blutung bei jeder Wehe. Mm. für 1 Finger durchgängig. Nach der kombinierten Wendung auf den rechten Fuss steht die Blutung. Nach 3 Std. spontane Geburt und Nachgeburt.

24. B. 38jährig. IX p. Plac. pr. lateralis. I. Schädellage. Letzte Menses 12. 6. 89. Seit 6 Std. starke Blutung. Mm. für 2 Finger durchgängig. Die Wehen sind kräftig, der Kopf war im Becken. Gegenwärtig stand die Blutung. Blasensprengung. Nach 3 Std. spontane Geburt und Nachgeburt.

Ausgang für 1. Mutter: p. p. Collaps. Heilung. 2. Kind: weiblich, lebend.

26. M. 39jährig. XI p. Plac. pr. centralis. II. Schädellage. Letzte Menses 15. 8. 89. Am 14. 3. 90 starke Blutung. Mm. 1markstückgross. Blase stand. Nach kombinierter Wendung und Anziehen des Fusses steht die Blutung. Nach 2 Std. Ausstossung der Frucht, die nach der Wendung abgestorben war. Nachgeburt ohne Störung.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: männlich, tot, 42 cm.

27. R. 43jährig. XI p. Plac. pr. centralis. II. Schädellage. Letzte Menses 23. 7. 89. Am 1. 4. 90. Blutung bei schwachen Wehen. Mm. 1 markstückgross. Blase steht. Nach kombinierter Wendung steht die Blutung. Fötaltöne nicht hörbar. Geburt nach $1^1/_2$ Std. spontan. Nachgeburt ohne Störung.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: weiblich, tot.

27. Sch. 37jährig. VIII p. Plac. pr. lateralis. I. Schädellage. Letzte Menses August 1889. Starke Blutung seit 2 Std. Mm. für 2 Finger durchgängig. Blase steht. Nach kombinierter Wendung keine Blutung mehr. Fötaltöne gut, 120. Geburt und Nachgeburt spontan.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: männlich, lebend, kräftig.

28. Schö. 25jährig. VI p. Plac. pr. centralis. I. Schädellage. Letzte Menses 12. 8. 89. Seit 3 Tagen wenig Blutung. Seit 2 Std. fortwährender Blutverlust. Mm. 5-

markstückgross. Kind ist schon tot. Wendung. Blutung steht. $^1/_2$ Std. später spontane Geburt. Nachgeburt ohne Störung.

Ausgang für 1. Mutter: Am 3.—6. Tag übelriechender Ausfluss und Temperatursteigerung. Deshalb Ausspülung. Heilung. 2. Kind: weiblich, tot, ausgetragen.

29. T. 34jährig. VIII p. Placenta pr. lateralis. I. Schädellage. Letzte Menses 24. 7. 89. Seit 4 Wochen geringe Blutung. Am 23. 4. Wehen und heftige Blutung. Mm. für 2 Finger durchgängig. Blase stand. Nach kombinierter Wendung keine Blutung mehr. 4 Std. später spontane Geburt unter kräftigen Wehen. Unter Blutung manuelle Entfernung der zum Teil gelösten, zum Teil schon in die Vagina geborenen Placenta.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: männlich, tief asphyktisch, wiederbelebt, reif.

30. K. 33jährig. II p. Plac. pr. lateralis. II. Schädellage. Letzte Menses Ende September. Seit dem 24. 4 Blutung, welche seit 2 Std. stärker ist. Blase ist vor 10 Std. gesprungen. Mm. für 2 Finger durchgängig. Kombinierte Wendung auf den rechten Fuss. Die Blutung steht. 3 Std. später spontane Geburt unter kräftigen Wehen. Kurz vor der Geburt waren noch die Herztöne hörbar. Das Kind ritt auf der Nabelschnur.

Ausgang für 1. Mutter: p. p. atonische Nachblutung und Anämie, Heilung. 3. Kind: weiblich, tot.

31. B. 31jährig. III p. Plac. pr. centralis. II. Schädellage. Letzte Menses Ende August Seit 4 Wochen unregelmässige Blutung. In den letzten 8 Tagen stärkerer Verlust. Mm. dreimarkstückgross. Kombinierte Wendung auf den rechten Fuss. Nach $^1/_2$ Std. Extraktion und Expression. Nachgeburt ohne Störung.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: weiblich, lebend, 45 cm.

32. K. II p. Plac. pr. centralis. I. Querlage. Im 9. Monat schwache Blutung ohne Wehen. Muttermund geschlossen. Nach 2 Tagen starke Blutung und starke Wehen, wodurch der Mm. für 2 Finger durchgängig wird. Blase stand. Kombinierte Wendung. Blutung steht. 2—3 Std. später Extraktion bei gehörig erweitertem Muttermund. Nachgeburt ohne Störung.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind, männlich, tot.

33. P. 39jährig. VIII p. Plac. pr. lateralis. II. Fusslage. Im 8. Monat 12 Std. lang starke Blutung. 38,5°—90. Mm. zweimarkstückgross. Anziehung des vorliegenden Fusses, worauf die Blutung steht. Nach 6 Std. ist der Mm. erweitert, Herztöne sind hörbar. Extraktion. Nachgeburt ohne Störung.

Ausgang für 1. Mutter: p. p. Geringe Atonie, Heilung. 2. Kind: tief asphyktisch. nicht wiederbelebt, männlich, tot.

34. R. 39jährig. IV p. Plac. pr. centralis. II. Schädellage. Im 10. Monat seit 4 Std. bedeutende Blutung bei schwachen Wehen. Mm. dreimarkstückgross. Kombinierte Wendung. Blutung steht. 4 Std. später spontane Ausstossung. Entwicklung von Kopf und Armen. Nachgeburt ohne Störung.

Ausgang für 1. Mutter: Gut. 2. Kind: weiblich, lebend, sehr gross, war asphyktisch.

35. B. 35jährig. IX p. Plac. pr. centralis. II. Schädellage. Letzte Menses October 1889. Am 4. 7. wiederholte Blutungen. Wehen schwach. Nach Untersuchung heftige Blutung. Mm. 2markstückgross. Blase stand. Kombinierte Wendung auf rechten Fuss. Blutung steht. Herztöne vorhanden. 3 Std. später spontane Geburt. Nachgeburt ohne Störung.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: weiblich, lebend.

36. T. 30jährig. IV p. Plac. pr. centralis. I. Schädellage. Letzte Menses 30. Sept. 1889. Vor 3 Wochen erste Blutung. Während und vor der Untersuchung starke Blutung. Mm. 2markstückgross. Nach der kombinierten Wendung auf linken Fuss steht die Blutung. 3 Std. später langsame Extraktion bei genügend erweitertem Mm. Vor und nach der Ausstossung Blutung.

Ausgang für 1. Mutter: Anämisch, erholt sich erst allmälig, vom 4. Tag an Fieber und übelriechender Ausfluss. Heilung. 2. Kind: männlich, tot, 50 cm.

37. L. 30jährig. IV p. Plac. pr. lateralis. II. Schädellage. Letzte Menses Mitte Dezember. Am 16. 7. Blutung, jetzt bei jeder Wehe. Mm. 3markstückgross. Kombinierte Wendung auf rechten Fuss, worauf die Blutung steht. Herztöne sind hörbar. Kind dreht sich am Promontorium vorbei in II. unvollkommene Fusslage. Nach 2 Std. spontane Geburt. Placenta liegt gelöst in der Scheide.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: weiblich, tot.

38. Kr. 41jährig. IV p. Plac. pr. centralis. II. Schädellage. Seit 1. Tage Blutung, seit 1 Std. kräftige Wehen. Mm. 1markstückgross. Kombinierte Wendung auf rechten Fuss. Blutung steht. Kind dreht sich am Promontorium vorbei in II. unvollkommene Fusslage. Spontane Geburt nach 1 Std. $^1/_4$ Std. später Nachgeburt.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: männlich, tot. 53 cm.

39. K. Alter über 30 Jahre. XI p. Plac. pr. lateralis. II. Schädellage. Letzte Menses Anfang Januar. Seit gestern Blutung. Seit einigen Std. so stark, dass die Hebamme die Blase sprengte. Mm. 3 markstückgross, Anämie. Kombinierte Wendung auf rechten hinteren Fuss. Das Kind dreht sich am Promontorium vorbei in II. unvollkommene Fusslage. Blutung steht. Nach 1 Std. spontane Geburt. Nachgeburt manuell entfernt.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: männlich, lebend, 54 cm. Kind war asphyktisch.

40. M. 31jährig. VI p. Plac. pr. centralis. II. Schädellage. Letzte Menses Mitte Dezember 1889. Während der Schwangerschaft mehrmals drohender Abort. Seit 6 Std. Blutung mit Pausen. Mm. für 2 Finger durchgängig. Kombinierte Wendung. Blutung steht. Herztöne erlöschen 2 Std. später spontane Geburt. Placenta nach $^3/_4$ Std. ohne Störung.

Ausgang für 1. Mutter: p. p. wiederholte Blutung. Später Parametritis. Heilung. 2. Kind: weiblich, tot, 50 cm.

1891. 41. G. 30jährig. I p. Plac. pr. lateralis. I. Fusslage. Letzte Menses 8. Mai 1891. Fruchtwasser ab am 15. 11. Seitdem stärkere Blutung. Seit gestern Fieber. 39,4—140. Mm. einmarkstückgross. Herunterholen des linken, hinteren Fusses. Kind ist abgestorben. Einige Stunden später spontane Geburt und Nachgeburt.

Ausgang für 1. Mutter: Unbekannt, da sie sich der Behandlung entzog. 2. Kind: männlich, tot, Frühgeburt.

42. B. 36jährig. VIII p. Plac. pr. centralis. II. Steisslage L. M. 16. März. Starke Anämie, Blutung sehr stark. Mm. handtellergross. Die Blase stand. Nach Durchbohrung der Placenta innere Wendung. Das Kind war vorher abgestorben. Nach 1 Std. spontane Geburt, Nachgeburt $^1/_2$ Std. später.

Ausgang für 1. Mutter: Am 4. und 5. Tage Tempera-

tur 38,2°, Puls 112, Heilung. 2. Kind: weiblich, tot; ausgetragen.

44. Sch. VI p. Plac. pr. centralis. II. Steisslage. Letzte Menses Anfang März. In den letzten Wochen mehrfache Blutung. Mm. einmarkstückgross. Linker Fuss wird heruntergeholt. Spontane Geburt nach 6 Std. Drehung des Kindes vorher. p. p. schwache Blutung und Atonie,

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: weiblich tot, ausgetragen, 52 cm.

1892. 44. L. 27jährig. IV p. Plac. pr. lateralis. I. Querlage. Im 9. Monat seit einigen Tagen erhebliche Blutung, in den letzten Stunden stärker werdend. Schwache Wehen Blase stand. Bei dreimarkstückgrossem Muttermund kombinierte Wendung. Nach 2 Std. spontane Geburt und Nachgeburt.

45 A. 34jährig. VI p. Plac. pr. lateralis. I. Schädellage. Stärke Anämie und Blutung. Mm. fünfmarkstückgross. Blase stand. Kombinierte Wendung auf den linken Fuss, worauf die Blutung steht. Das Kind dreht sich mit dem Rücken am Promontorium vorbei in I. Fusslage. Geburt spontan bis zum Steiss, dann künstliche Entwicklung. Nachgeburt ohne Störung.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 37°—70. 2. Kind: weiblich, lebend.

56. Sch. 35jährig. IV p. Plac. pr. lateralis. I. Schädellage. Letzte Menses Juni 1891. Wehen und Blutungen mässig. Ziemliche Anämie. Mm. zweimarkstückgross. Blase stand. Kombin. Wendung. 6 Std. später spontane Geburt und Nachgeburt.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: weiblich, tot.

47. Pf. 23jährig. II p. Plac. pr. lateralis. I. Schädellage. Letzte Menses Juni. Blutung seit 5 Stunden. Starke Wehen. Mm. fast vollkommen erweitert. Blasensprengung. Spontane Geburt nach einigen Minuten.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: männlich, lebend, 45 cm.

48. K. 29jährig. V p. Plac. pr. centralis. I. Querlage. Letzte Menses im Juli. Jetzt im Februar Blutung und schwache Wehen. Mm. zweimarkstückgross. Kombinierte Wendung auf rechten Fuss. Herztöne nicht hörbar. Spontane Geburt nach $^1/_2$ Std. Placenta folgt spontan.

Ausgang für 1. Mutter: Heilung. 2. Kind: männlich, tot, 43 cm.

49. R. 34jährig. VIII p. Plac. pr. lateralis. I. Schädellage. Letzte Menses Mai 91. Vor 2 Tagen (27, 2. 92) Blutung bei leichten Wehen, seit 9 Std. stärker. T. 37°. P. 100. Mässige Anämie. Mm. ist fünfmarkstückgross. Blase stand, Wehen kräftig. Nach $1^1/_2$ Std. Blasensprengung. 1 Std. später spontane Geburt und Nachgeburt ohne Störung.

Ausgang für 1 Mutter: Am 3. Tage 40,3 – 40,7°. Frost. deshalb Ausspülung. Heilung. 2. Kind: weiblich, tot, 51 cm.

50. E. 27jährig. II p. Plac. pr. centralis. I. Querlage. Letzte Menses im August. Im Februar schwache Blutung seit 6 Tagen. Mm. für 2 Finger durchgängig. Kombinierte Wendung auf linken oberen Fuss Das Kind dreht sich mit dem Rücken am Promontorium vorbei in I. Fusslage. Spontane Geburt und Nachgeburt.

Ausgang für 1. Mutter: Am 3. Tage 38,7°—120; am 4. Tage 37,6—100. Heilung. 2. Kind: männlich, tot, ausgetragen.

(Siehe Tabelle Seite 64 und 65.)

Nachdem ich die 159 Fälle in Bezug auf Status und Therapie einzeln beschrieben habe, will ich nun eine kurze Besprechung der einzelnen Behandlungsmethoden, die angewendet wurden, und eine allgemeine Betrachtung der Fälle anschliessen und zugleich die Prozentsätze der Todesfälle etc. zu einer vergleichenden Statistik heranziehen.

Zuerst will ich die 109 Fälle, die in der Charité behandelt wurden, besprechen.

Es liegen unter den 109 Fällen von Placenta praevia vor:

66 mit lateraler Haftstelle = 60,55 %
31 „ centraler „ = 28,44 -
10 „ marginaler „ = 9,17 -

ausserdem 2, bei denen eine Placenta succenturiata mit der Placenta praevia verbunden war. Hierbei ist der hohe Prozentsatz des centralen Sitzes 28,44 % ausschlaggebend für das endgültige Resultat, denn wie immer, so ist auch hier das Verhältnis der Todesfälle der Mütter und Kinder bei totaler Vorlage bedeutend grösser als bei den anderen Insertionen.

Unter den Müttern befinden sich 26 Erstgebärende,

was bei weitem die von Spiegelberg angegebene Regel von 10 % übersteigt, da es sich hier um einen Prozentsatz von 23,85 % handelt.

Von Mehrgebärenden (II—VII p. incl.) kamen 57 = 52,29 % zur Behandlung, während bei 26 Müttern = 23,85 % 7 = 12 Geburten dieser letzteren vorausgegangen waren.

Von Primiparen waren 26 = 23,85 %
„ II—V p. „ 51 = 46,77 -
„ VI—VII p. „ 6 = 5,51 -
„ VIII—X p. „ 19 = 17,43 -
„ X—XIII p. „ 7 = 6,42 -

vorhanden.

Das Alter der Mütter schwankt zwischen 17 Jahren (No. 68) und 44 Jahren (No. 105). Bei 3 Müttern war das Alter nicht zu ermitteln.

Von den 106 übrigen Müttern waren:

55 im Alter von 17 bis 30 Jahren.
43 „ „ „ 31 „ 40 „
8 „ „ „ 42 „ 44 „

2 Mütter (No. 40. 77.) litten an Mitralinsufficienz, No. 22 hatte als Kind Rachitis gehabt und No. 29 hatte in Folge von Rachitis eine Kyphose des XI. Brust- und des IV. Lendenwirbels, ausserdem beiderseitigen Pes varus.

In No. 36 finden wir ein allgemein vorwiegend gerade verengtes Becken (24,5—25—30,5—17—10). Hängebauch wurde bei No. 29, 55 und 91 konstatiert.

Von den 110 Kindern (No. 90 sind Zwillinge) wurden 80 totgeboren (47 bei lateraler, 27 bei totaler, 4 bei marginaler Insertion und 2 bei Placenta praevia + succenturiata).

2 mal starb das Kind wenige Stunden p. p. (N. 67,105). Asphyktisch zur Welt kamen 10 Kinder, welche sich auf die verschiedenen Haftstellen in folgender Weise verteilen:

Placenta praevia lateralis 6 (No. 21, 27, 39, 63, 84, 106),
„ „ totalis 3 (No. 64, 76, 23),
„ „ marginalis 1 (No. 86),
„ „ + succenturiata

Kurze tabellarische Uebersicht über behandelten

Placenta praevia marginalis.		Placenta praevia totalis.			Placenta praevia lateralis.			Art der Plac. pr.	Gesamtzahl der Fälle.	Prim. Kindslagen.	Anzahl derselben.	Zwillingsgeburten.	Vorfall von Nabelschnur u. Extremitäten.	Extraktion.	Dammrisse.	Blasensprengung.	Durchbohrung der Placenta.	Wendung	
2		20			28													innere	kombinierte.
Beckenendlagen.	Schädellagen.	Beckenendlagen.	Querlagen.	Schädellagen.	Beckenendlagen.	Querlagen.	Schädellagen.												
1	1	2	5	13	3	4	21												
—	—	—	—	—	—	—	1												
—	—	—	—	1	1 m. linker Fuss.	1 m. l. Arm und Nabelschnur.	1 Kd. reit. a. d. Nbschn. 3m. Nbschn.												
1	1	—	1	4	1	—	2 (resp. 3 der Zwillinge.)												
—	—	—	—	—	—	1 ersten Grades.	—												
—	1	—	—	1	—	—	4												
—	—	1	—	3	—	—	—												
—	1	—	—	3	—	—	4												
—	—	—	5	11	—	4	15												

die von Herrn Prof. Dr. Nagel Fälle.

Herunterholen 1. Fusses b. Beckenendlagen.	Placenta manuell entfernt.	Atonie und Nachblutgen.	Drehung des Kindes nach d. Wendung	Ursachen derselben.	Todesfälle der Mütter.	Todesfälle der Kinder.	Asphyxie derselben.	Späterer Tod derselben.
1	5	1 m. Atonie.	4	3 und 6 Anaemie.	2	14 (darunt. Zwillinge).	2 wiederbelebt. 1 tot.	1
1	1	1	1	1	1	3	—	—
1: 2 m. Anzieh. d. vorlieg. Fuss.	—	1 m. Atonie.	—	—	—	3	1 tot.	—
—	1	1 m. Atonie. 2 mal Nachblutungen.	1	—	—	10	1 wiederbelebt.	—
—	—	—	1	—	—	4	—	—
1	—	—	1	—	—	2	—	—
—	Eihäute mit Kornzange entf.	1 m. Atonie.	—	—	—	1	—	—
—	—	—	—	—	—	1	—	—

davon wurden wieder belebt bei

Placenta praevia lateralis 5 (No. 21, 27, 39, 84, 106),
„ „ totalis 1 (No. 64),
„ „ marginalis —

Von primären Kindslagen kamen vor:

Schädellagen	81 mal	=	73,63 %
Querlagen	18 „	=	16,36 -
Fusslagen	8 „	=	8,27 -
Steisslagen	3 „	=	2,72 -

Auch hier sehen wir das häufige Vorkommen der Querlagen, das ich schon im allgemeinen Teil erwähnt und zu erklären versucht habe.

Im Fall 45, 79, 99 finden wir jedoch auch bei Primiparen Querlagen.

In den meisten Fällen war, wie gewöhnlich, Wehenschwäche vorhanden, wenn auch die Wehen bei einzelnen Müttern (cfr. No. 11 und 21) ihre normale Höhe erreichten.

Ebenso wie in jenen Fällen schwankt die Stärke der Blutung zwischen ganz geringem Blutverlust (No. 31,56) und profusen Blutungen (No. 8, 19, 37). In gleicher Weise differiert die Zeit des ersten Auftretens der Blutungen. Während sie z. B. in No. 10 erst seit Beginn der Geburt besteht, begann sie in No. 47 4 Monate vor derselben.

Bis zu ihrem normalen Ende konnten, trotzdem die meisten schon spätestens im 9. Monat beendet wurden, doch eine ganze Anzahl gebracht werden.

So finden wir z. B. reife Kinder bei

Placenta praevia lateralis in No. 30, 32, 33, 55, 87,
„ „ totalis in No. 11, 64, 89,
„ „ marginalis in No. 66, 70, 98.

Drei Mal war die Nabelschnur vorgefallen (No. 18, 42, 43), in No. 78 der linke Arm und die Nabelschnur und in No. 45 der rechte Arm allein vorgefallen. In No. 12 war die Nabelschnur dreimal um den Leib des Kindes geschlungen.

In No. 12 war die Placenta einmal früher manuell entfernt worden, bei No. 85 sehen wir die Möglichkeit des

wiederholten Vorkommens einer Placenta praevia und in No. 103 ist eine angedeutete Insertio velamentosa vorhanden.

Im allgemeinen Teile habe ich schon die Bedeutung vorausgegangener Aborte für die Entstehung einer Placenta praevia hervorgehoben, was ich hier an der Hand von Beispielen wiederholen kann.

So waren bei No. 8 - 3 Aborte, bei No. 11 - 2, bei No. 22 - 2, ebenso wie noch bei No. 60 und 78, in No. 81 und 82 je einer und in No. 106 sogar 4 Aborte der mit dem pathologischen Sitz der Placenta komplizierten Geburt vorausgegangen. In No. 102 waren von 6 vorhergegangenen Geburten die 2., 4. und 6. Aborte, während die übrigen durch Wendung beendet wurden. Bei No. 77 waren drei vorhergegangene Schwangerschaften durch Blutungen unterbrochen worden, während im Fall 92 die letzte Geburt eine Fehlgeburt war. Die Behandlungsart war die bekannte Berliner Methode: Wenn irgend möglich, kombinierte Wendung. Extraktion nur in dringenden Fällen und bei genügend erweitertem Muttermund. Ebenso innere Wendung nur, wenn der Muttermund mindestens 3 bis 5 markstückgross ist, überall aber jeder Eingriff unter Anwendung der grösstmöglichsten Asepsis und Antisepsis.

Trotzdem habe ich leider drei Todesfälle an Sepsis. (46, 48, 86), 6 Todesfälle an Puerperalfieber (15, 42, 44, 57, 58 und 101) zu verzeichnen.

Drei von diesen Müttern (15, 46, 48) wurden von einer Hebamme ausserhalb der Charité tamponiert, so dass ich glaube, dass dieselben den Infektionsträger zusammen mit der Tamponade schon in die Charité hineinbrachten. Ebenso waren bei der Mutter im Fall 42 schon vor der Aufnahme verschiedene Schüttelfröste vorgekommen, so dass ich nicht glaube, dass die Schuld an diesen vier Todesfällen der Charitébehandlung zufällt.

Verschiedene Temperatursteigerungen (No. 8, 29, 31, 71, 74) kamen zwar auch vor, doch rührten dieselben nur

von einer Zersetzung der Lochien her und gingen bei geeigneter Behandlung (Uterusausspülung) schnell vorüber.

Tamponiert in die Charité eingeliefert wurden 26 Mütter (17 mit lateraler, 6 mit totaler, 2 mit marginaler Haftstelle und eine mit Placenta praevia succenturiata).

In der Charité selbst tamponiert wurden 19 (13 mit lateralem und 6 mit centralem Sitz der Placenta).

In 9 Fällen (35, 36, 37, 48, 51, 57, 58, 72, 81) wurde die Tamponade zur Erweiterung des engen Muttermundes benutzt, während zu demselben Zwecke in No. 34 der Kolpeurynter und in No. 75 und 100 die manuelle langsame Dehnung zur Anwendung kam. 2 mal (Nr. 41, 47) wurde wegen Blutung vor der Geburt und einmal in No. 9 wegen Wehenschwäche nach der Wendung tamponiert.

Post partum wurde die Tamponade 6 mal verwendet und zwar 5 mal (2, 60, 61; 95, 100), um die Nachgeburt zu beschleunigen.

Gesprengt wurde die Blase bei lateralem Sitz 9 mal (1, 10, 29, 53, 69, 87, 92, 93, 108): zweimal hiervon genügte schon die Sprengung, um die Geburt zum Fortschreiten zu bringen (N. 53, 69), während bei den übrigen Blasensprengungen die Wendung angeschlossen wurde. Bei centralem Sitz gelang es sechsmal die Eihäute hoch oben zu zerreissen, während bei marginaler Haftstelle zweimal (No. 66, 98) der künstliche Blasensprung ausgeführt wurde.

Durchbohrt wurde bei Placenta praevia totalis der Fruchtkuchen, um die Sprengung der Eihäute zu ermöglichen, 12 mal — [9 mal bei Schädellage (No. 4, 11, 52, 68, 72, 76, 82, 89, 100) 3 mal bei Querlage (No. 36, 51, 73)].

Bei lateraler Haftstelle wurde 37 mal kombiniert und 14 mal innerlich gewendet. Einmal bei Nr. 15 scheiterte der Versuch zur Wendung an dem engen Muttermund und dem Feststand des Kopfes, und einmal bei No. 81 wurde, während doch sonst nur auf einen Fuss gewendet wurde, die kombinierte Wendung auf beide Füsse ausgeführt. Bei Placenta praevia centralis wurde 25 Mal kombiniert und

viermal innerlich gewendet, während bei der marginalen Form 2 mal kombiniert und einmal innerlich gewendet wurde und bei Placenta praevia succenturiata einmal die kombinierte Wendung benutzt wurde.

Bei Beckenendlagen wurden 4 mal (2 mal (No. 104, 106) bei lateraler, einmal (No. 64) bei centraler und einmal (No. 74) bei marginaler Insertion) ein Fuss herunter geholt, bei lateralem Sitz dagegen einmal (No. 105) beide Füsse.

Bei dem grössten Teil dieser Fälle schloss sich an die Wendung die spontane Geburt an:

In No. 23 jedoch bleibt das Kinn nach vorn gerichtet und hakt über der Symphyse fest, so dass das Kind schwer entwickelt werden konnte und schon abgestorben war.

In 12 Fällen mussten (No. 20, 24, 39, 64, 65, 68, 73, 87, 89, 104 106, 108, 109) die Arme oder der Kopf oder beide zusammen künstlich gelöst und entwickelt werden und zwar wurde zur Entwicklung des Kopfes der Veit-Smelliesche Handgriff angewendet.

Ohne jeglichen Eingriff wurden 5 Geburten beendet (3 bei lateraler (14, 30, 32) und 2 bei marginaler Insertion (19, 31)), nur mit Anwendung der Tamponade 4 (bei lateralem Sitz 2 (13, 18), 1 bei totalem (70) und 1 bei marginalem (56)).

Bei einer ganzen Reihe der mit Wendung behandelten Fälle genügte die kombinierte resp. die innere Wendung nicht, um die Geburt des Kindes zu veranlassen. Deshalb wurde in diesen Fällen die „langsame Extraktion" angeschlossen. Hierbei ist aber „Extraktion" keineswegs identisch mit unverständigem Ziehen. Mit „langsamer Extraktion" meine ich vielmehr ein andauerndes Fixieren des Steisses auf dem Muttermund resp. Tamponade mit dem Oberschenkel unter Anwendung eines gelinden Zuges.

Dies geschah aber nur in Fällen grösster Gefahr für die Mutter (Schüttelfröste, Collaps, hochgradige Anaemie), oder auch dort, wo das Befinden der Mutter ein vollkommen einwandfreies war und man hoffte, ein lebendes Kind zu erhalten. Wie ich schon früher hervorgehoben

habe, wurde nur bei völlig oder wenigstens beinahe vollkommen erweitertem Muttermund etwas schneller extrahiert. In No. 15 ging der Extraktion die Perforation des Kopfes voraus. In diesem Falle, wie auch in No. 79 riss der Kopf ab, wurde aber leicht exprimiert. In No. 95 kam die Exenteration und die Perforation des Kopfes zur Ausführung. Im ganzen wurde bei Placenta praevia lateralis 15 mal, bei totalis 9 mal, bei marginalis einmal und einmal bei Placenta praevia-succenturiata extrahiert.

Während sonst zur Wendung und Extraktion die Mutter chloroformiert wurde, musste dies in No. 77 unterlassen werden wegen der Gefahr für die an Insuffizienz und Stenose der Mitralis leidende Mutter. Trotz grösster Beachtung aller Vorsichtsmassregeln kamen bei totaler Placenta praevia dreimal (No. 52, 85, 95) Cervixrisse und bei lateraler einmal ein Cervixriss (No. 6) und ein Scheidenriss (No. 58) vor. Bei No. 97 entsteht ein Dammriss I. Grades, der durch die Naht geschlossen wurde. In No. 52 und 85 stirbt Patientin, wahrscheinlich in Folge der Extraktion an einer Blutung in die Bauchhöhle. In Fall 72 war zwar gewendet worden, aber erst nach der spontanen Geburt des Steisses, die meiner Ansicht nach eine Ruptura colli uteri verursacht hatte, trat Collaps und bald darauf der Tod ein. Bei No. 6 (Fusslage, 1 Fuss heruntergeholt, keine Extraktion) trat p. p. eine starke Blutung aus einem Cervixriss ein, die aber nach der Naht stand; Heilung.

No. 58 war wegen eines Scheidenrisses, der sich an der vorderen Scheidenwand vorfand und durch den Harnröhrenwulst ging, ausserhalb tamponiert worden. Tod an Puerperalfieber.

Es könnte also eine Schuld der Behandlungsmethode nur in den letal ausgelaufenen Fällen (No. 52 und 85) und in dem geheilten Falle No. 6 zufallen.

Die Placenta wurde 15 mal manuell entfernt und zwar 8 mal (in N. 7, 33, 35, 47, 20, 53, 59, 61) bei lateraler

und 7 mal (N. 5, 6, 36, 54, 68, 72, 85) bei totaler Vorlage des Fruchtkuchens.

Mit Hülfe det Credéschen Verfahrens wurde sie 15 mal und zwar 9 mal (58, 87, 88, 93, 94, 103, 105, 108, 109) bei lateralem Sitz und 6 mal (5, 43, 85, 96, 100, 101) bei centralem entfernt. In N. 85 misslingt die Entfernung durch Expression, so dass die Placenta manuell entfernt werden musste, ebenso wurden in N. 2 die zurückgebliebenen Eihäute manuell entfernt. In No. 95 wurde der Uterus ausgeräumt.

Nachblutungen in Folge von Atonie post partum kamen 10 mal vor (N. 7, 53, 55, 59, 60 bei lateraler, 2, 28, 100 bei totaler, 70, 86 bei marginaler Insertion). No. 2 und 59 verliefen letal durch Anaemia universalis, No. 86 an Sepsis. No. 7 wurde geheilt durch manuelle Entfernung der Placenta. No. 28, 53, 55 und 70 hörten nach heissen Ausspülungen auf zu bluten. No. 60 und 100 wurden mit Tamponade behandelt und endeten mit Heilung ebenso wie No. 60, trotz einer hinzugetretenen schweren Pyämie.

Von Folgeerscheinungen mit gutem Verlauf habe ich noch folgende zu erwähnen:

No. 9, 22 und 77 p. p. Collaps, der aber nach Aether-Campherinjectionen und Analepticis vergeht.

No. 12 und 41. Phlegmasia alba dolens.

No. 23. Phlebitis an Varicen beider Beine.

No. 84. Venenthrombose am rechten Oberschenkel.

No. 17, 51, 103. Schüttelfrost mit Sublimatausspülungen behandelt, da dies aber bei 103 zwecklos war, erfolgreiche Einlegung eines Jodoformstäbchens.

No. 11, 20, 68 und 73. Anaemie und deren Erscheinungen, bei 68 mit Paremetritis kompliziert.

No. 78. Galaktostase mit Fieber.

No. 79. Retroflexio uteri.

No. 105. Fieber und Husten (alte Pleuritis).

No. 107 und 108. Fieber in Folge von Obstipation mit Ricinus behandelt.

No. 93. Anteflexio uteri,

Einen letalen Ausgang für die Mutter nahmen von den 109 Fällen 17 = 15,59 %.

Diese verteilen sich auf die einzelnen Ansatzstellen folgendermassen:

bei Placenta praevia lateralis (66 Fälle) 8 Todesf. = 12,12 %
„ „ „ totalis (31 Fälle) 7 Todesf. = 22,58 -
„ „ „ marginal. (10 Fälle) 1 Todesf. = 10,0 -
„ „ „ + succenturiata (2 Fälle) 1 Todesf. = 50,0 -

Es starben:

No. 46, 48 und 86 an Sepsis. (Bei No. 86 fand sich ein eitrig blutiges parametritisches Exsudat, welches punktiert wurde. Stirbt nach Eröffnung eines Abscesses am Kreuzbein am 43. Tage post partem).

No. 2, 43 und 59 an Anaemia universalis. (Bei No. 43. war vielleicht Luftembolie die Todesursache.)

Therapie war: Analeptica, Kochsalzinfusion.

No. 15, 42, 44, 57, 58 und 101 an Puerperalfieber (No. 42 am 30. Tage p. p.)

Bei No. 15 wurde Nephritis und Hepatitis parenchymatosa und fibrös chronische Endometritis, bei

No. 44 Nephritis und Hepatitis parenchymatosa, Oedema, Embolie et Infarct. pulmon. vielleicht Eklampsie und bei No. 101 Endocarditis ulcerosa und Thrombophlebitis bei der Obduktion als Todesursache festgestellt.

No. 52, 72 und 85 an Blutung infolge eines Cervixrisses,

Bei No. 102 fand sich eine Verwachsung, beinahe Abknickung der Därme, daher Ileus, Tod bald nach der Laparotomie, vielleichi an Sepsis.

Bei No. 95 wurde ein Cervixriss, Oedem der Lungen und Anaemia universalis konstatiert.

Von den 110 Kindern kamen lebend zur Welt:
30 = 27,27 %
Tot wurden geboren 80 = 72,73 -
Es starben bald nach der Geburt 2 = 1,82 -
Gesamtmortabilität 82 = 74,55 -

In No. 90 wurden Zwillinge (beide tot) geboren.

Die 79 (bezw. 80) Todesfälle der Kinder sofort nach der Geburt verteilen sich auf die verschiedenen Insertionsarten folgendermassen:

Auf 66 Fälle von Placenta praevia lateralis kamen 47 (bezw. 48) tote Kinder = 71,21 resp. 72,72 %.

Auf 31 Fälle von Placenta praevia totalis kamen 26 tote Kinder = 83,87 %.

Auf 10 Fälle von Placenta praevia marginalis kamen 4 tote Kinder = 40.0 %.

Auf 2 Fälle von Placenta praevia + succenturiata kamen 2 tote Kinder = 100,0 %.

Das Gesamtresultat beträgt also:

an Todesfällen der Mütter 17 = 15,59 %
„ „ „ Kinder 80 = 72,72 „

Bei der Beurteilung dieses Resultates muss man bedenken, dass der Prozentsatz der Placenta praevia centralis ein sehr hoher war, ebenso wie auch, dass viele Mütter eingeliefert wurden, bei denen die kindlichen Herztöne überhaupt nicht mehr hörbar waren, ebenso, dass einzelne der Mütter schon mit dem Anzeichen der hochgradigsten Anämie in die Charité aufgenommen wurden, so dass die Höhe der Todesfälle bei der Schwere der Fälle hiernach leicht zu verstehen ist.

Nachdem ich die in der Charité behandelten Fälle besprochen habe, will ich nun die von Herrn Professor Dr. Nagel persönlich behandelten und mir gütigst überlassenen 50 Fälle von Placenta praevia auch einer eingehenderen Betrachtung unterziehen.

Es liegen unter den 50 Geburten:

28 = 56 % mit lateraler,
20 = 40 „ mit centraler,
und 2 = 4 „ mit marginaler Haftstelle vor.

Dieser Procentsatz ist aber keineswegs für den Erfolg allein ausschlaggebend, da z. B. die beiden Todesfälle von Müttern, die leider vorkamen, sich bei lateralem Ansatz ereigneten, andererseits aber bei total vorliegender Placenta in No. 43 spontane Geburt erfolgen konnte. Jedoch hat

die Häufigkeit der centralen Lage 40 % einen sehr bedeutender Einfluss auf die kindlichen Todesfälle.

Unter den Müttern befinden sich 4 Erstgebärende, was wenigstens ungefähr mit den Angaben Spiegelbergs, dass 10 % der Fälle von Placenta praevia sich bei Primiparen vorfinden, übereinstimmt.

Mehrgebärende d. h. II p. = VII p. incl. kamen 27 mal = 54 % vor, während bei 19 Müttern = 38 % 7 = 12 Geburten der mit Placenta praevia komplizierten vorausgegangen waren.

Von Erstgebärenden waren 4 = 8 %,
„ II—V p. „ 18 = 36 -
„ VI—VII p. „ 9 = 18 -
„ VIII—X p. „ 8 = 16 -
„ XI—XIII p. „ 11 = 22 -
vorhanden.

Das Alter der Mütter wechselte zwischen 18½ Jahren (No. 6) und 43 Jahren (No. 26) und zwar waren:

22 Mütter im Alter von 18½—30 J.
23 „ „ „ „ 31—40 „
und 3 „ „ „ „ 41—43 „

Bei 2 Fällen war das Alter der Mutter nicht mehr bestimmt zu ermitteln.

Von den 51 Kindern (einmal Zwillinge) wurden totgeboren 38 (20 bei lateralem, 16 bei totalem und 2 bei marginalem Sitz).

Einmal starb das Kind (No. 5) 3 Stunden nach der Geburt.

Asphyktisch kamen 5 Kinder zur Welt, welche sich auf die verschiedenen Insertionen, wie folgt, verteilen

Placenta praevia laterialis 4 (No. 9, 29, 33, 39) No. 29 und 39 werden wieder belebt.

Placenta praevia totalis 1 (No. 37), welches wieder belebt wird.

Von primären Kindeslagen kamen vor:

Schädellagen 36 mal = 70,59%
Querlagen 6 mal = 17,65 -
Fusslagen 4 mal = 7,84 -
und Steisslagen 2 mal = 3,92 -

Auch hier sehen wir den grossen Prozentsatz von Querlagen, den ich schon früher hervorgehoben habe und der bei gewöhnlichen Geburten durchschnittlich nur 0,56% beträgt.

Jedoch durch die Häufigkeit des Vorkommens der Placenta praevia bei Mehrgebährenden, bei denen eine sich immer mehr vergrössernde Schlaffheit der Uterusmuskulatur ausbildet, ist auch diese Zahlenreihe erklärt. Freilich ist hervorzuheben, dass eine Querlage (No. 12) bei einer Primipara vorkam.

Die Stärke sowohl wie die Zeit des ersten Auftretens der Blutung war wie gewöhnlich eine sehr ungleiche. Während im Fall 4 und 21 die Blutung bei lateralem Ansatz erst seit 2 bis 3 Stunden vorhanden war, ist sie in Fall 1 bei gleicher Haftstelle schon 2 Monate vor der Geburt eingetreten. Ebenso habe ich auch Fälle aufgeführt, bei denen centraler Sitz vorlag und doch die Blutung erst einige Stunden vor der Geburt begann. (No. 40 und 38.)

Ebenso wie hierbei, findet sich auch eine grosse Ungleichheit der Wehenthätigkeit vor, schwankend von vollkommener Wehenschwäche (No. 9) bis zu beinahe normalen Wehen. (No. 4.)

Bis zu ihrem normalen Ende konnten nur wenige Geburten weitergeführt werden, die meisten fielen in den 8. und 9. Monat. Eigentliche Aborte (4. und 5. Monat) sind gar nicht vorhanden. Ungefähr völlig ausgetragen war die Frucht einmal (No. 8) bei marginalem, 7 mal (No. 2, 7, 28, 34, 42, 43, 50) bei centralem und 6 mal (4, 9, 27, 29, 39, 49) bei lateralem Sitz, also zusammen in 14 Fällen = 28 pCt.

In Fall 14 liegt eine Zwillingsschwangerschaft (beide weiblich, tot) verbunden mit Placenta praevia lateralis vor.

Ein Mal (No. 30) ritt das Kind auf der Nabelschnur, ein Mal war die Nabelschnur allein (No. 1), ein anderes Mal war sie zusammen mit einem Arm (No. 4) vorgefallen, und bei No. 16 lag der linke Fuss in dem geöffneten Muttermund.

Die von unserer Berliner Entbindungsanstalt ausgehende Lehre fordert bekanntlich die kombinierte Wendung und hierauf nach Hofmeier die langsame Extraktion. (Ich verweise hierbei auf meine Auffassung und Erklärung derselben in der Besprechung der vorigen Fälle.)

Diese Methode wurde auch bei diesen Fällen befolgt. Es wurde überall unter grösstmöglichster Asepsis und Antisepsis vorgegangen. Wenn trotzdem in No. 40 eine leichte Parametritis und in 6 anderen Fällen (No. 10, 28, 36, 42, 49, 50) eine Temperatursteigerung auftrat, so ist das bei der grossen Neigung der Placenta praevia zu Infektionen kein Wunder.

Ausserdem fallen No. 28, 36, 49 und 50 hierbei aus, da es sich bei ihnen nur um eine schnell wieder verschwindende geringe Temperatursteigerung in Folge von Lochialzersetzung handelte.

Es wurde bei der lateralen Form 19mal kombiniert und 4mal innerlich (nur wenn der Muttermund mindestens 3 bis 5markstückgross war) gewendet. Bei Beckenendlagen wurde zweimal ein Fuss heruntergeholt und dreimal genügte die einfache Blasensprengung bei Schädellage, um die Blutung zum Stillstand und die Geburt zum Fortschreiten zu bringen.

Bei centralem Sitz wurde dreimal bei Schädellagen (No. 2, 10, 17) und einmal bei Beckenendlagen (No. 42) die Placenta perforiert. Einmal gelang es, die Eihäute seitwärts der Placenta hoch oben zu zerreissen (N. 7).

Einmal bei N. 43 wurde bei Beckenendlagen ein Fuss heruntergeholt, 16mal wurde kombiniert und 3mal innerlich gewendet, während bei Placenta praevia marginalis einmal innerlich gewendet wurde (N. 16).

Eine Drehung des Kindes nach der Wendung mit dem Rücken an dem Promontorium vorbei fand bei lateralem Sitz der Placenta 4mal (N. 11, 37, 39, 45) und bei centralem 3mal (N. 38, 43, 50) statt.

Die langsame Extraktion wurde nur bei genügend erweitertem Muttermunde ausgeführt und nie erzwungen. Sie wurde bei lateraler Insertion dreimal (1, 14, 33), bei centraler 5mal (10, 17, 31, 32, 36) und bei marginaler zweimal (8, 15) verwendet.

Die Placenta wurde 7mal manuell entfernt und zwar 5mal (1, 6, 14, 29, 39) bei lateraler und zweimal (2, 10) bei totaler Vorlage. In Fall 2 wurde die Placenta in zwei Stücken herausbefördert, in N. 37 lag die Placenta sofort nach der Geburt gelöst in der Scheide. Zurückgebliebene Eihäute wurden bei N. 15 (Plac. praev. margin.) mit der Kornzange entfernt.

Nachblutungen infolge von Atonie p. p. kamen 4mal (N. 30, 33 bei lateraler, N. 7, 40 bei centraler Haftstelle) zur Behandlung, jedoch war keine von ihnen von Bedeutung. In N. 6, 19 und 24 trat nach der Geburt ein Collaps auf, der aber schnell vorüberging.

Eine Entwickelung resp. Lösung der Arme oder des Kopfes oder beider zugleich musste 4mal bei lateraler (4, 6, 16, 45) und einmal bei centraler Placenta praevia (N. 34) stattfinden.

Ein Dammriss entstand einmal und zwar ein Riss I. Grades (N. 18) bei lateraler Insertion, jedoch bei spontaner Geburt.

Leider habe ich auch 2 Todesfälle bei Müttern zu verzeichnen, die sich beide bei lateraler Insertion ereigneten. N. 3 starb 3 Stunden p. p. trotz aller Excitantien an völliger Erschöpfung infolge des langdauernden Blutverlustes, während bei No. 6 trotz der Jodoformgazetamponade die Blutung nicht aufhörte und so die Patientin an Anämie zu Grunde ging.

An Sepsis habe ich glücklicherweise keinen Todesfall zu erwähnen. Der Ausgang des Wochenbettes bei No. 41

ist unbekannt, da sich die Patientin der Behandlung entzog.

Von den 51 Kindern waren 20 männlich, die übrigen 31 weiblichen Geschlechts. Unter diesen letzteren befinden sich die Zwillinge von N. 14, welche beide tot geboren wurden.

Von den 50 Müttern starben, wie schon erwähnt $2 = 4\%$.

Von den 51 Kindern kamen lebend zur Welt:

$13 = 25{,}49\%$,

tot wurden geboren $38 = 74{,}51$ „

es stirbt bald nach der Geourt $1 = 1{,}96$ „

Gesamtmortalität $39 = 76{,}46$ „

Die 38 Todesfälle der Kinder bei der Geburt verteilen sich auf die verschiedenen Insertionsarten der Placenta folgendermassen:

Auf 28 Fälle von Plac. prae. later. kommen 20 tote Kinder. (1 mal Zwillinge)

„ „ „ „ „ „ centr. kommen 16 tote Kinder.

„ „ „ „ „ „ marg. „ 2 „ „

Das Gesamtresultat, das von Professor Nagel erreicht ist, beträgt also an Todesfällen der Mütter $2 = 4\%$

an Todesfällen der Kinder $39 = 76{,}46$ „

Das Resultat der Fälle aus der Charité betrug:

an Todesfällen der Mütter $17 = 15{,}59$ „

„ „ „ „ $80 = 72{,}72$ „

Stellt man diesen Resultaten einige von anderen Aetzten erzielte Erfolge gegenüber, so findet man:

Hecker:

bei den Müttern $= 10\%$ Todesfälle,

„ „ Kindern $= 67$ „

Spiegelberg:

bei den Müttern $= 16$ „

„ „ Kindern $= 50$ „

Hofmeier:

bei den Müttern $= 10{,}8$ „

„ „ Kindern $= 63$ „

Nordmann (Dresdener Frauenklinik:
bei den Müttern = 13,33 % } Todesfälle.
„ „ Kindern = 60 „ }

Beumer und Peiper:
bei den Müttern = 29,7 %
„ „ Kindern = 48,6 „

Olshausen:
bei den Müttern = 16,2 „
„ „ Kindern = 35 „

Wyder:
bei den Müttern = 7,2 „
„ „ Kindern = 65 „

Wenn wir hier vergleichen, so fällt uns bei den 109 Fällen die relativ grosse Zahl der Todesfälle von Müttern und Kindern auf. Wir müssen hierbei aber in Betracht ziehen:

1. den hohen Prozentsatz von Placenta praevia totalis,

2. dass viele Mütter schon mit den drohenden Anzeigen des Collapses und der hochgradigen Anämie, ganz abgesehen von der oft sehr fragwürdigen Tamponade, in die Charité kamen, und

3. dass die Einlieferung meistenteils so spät erfolgte, dass Fötaltöne überhaupt nicht mehr hörbar waren.

Wenn wir diese drei Faktoren zu Rate ziehen, so können wir uns nicht mehr über den Prozentsatz an Todesfällen wundern.

Beim Vergleiche dieser Fälle mit den von Herrn Professor Dr. Nagel behandelten sehen wir sofort, dass es für den Arzt von grösstem Vorteil ist, zeitig an das Bett der Patientin gerufen zu werden, um die Diagnose rechtzeitig stellen und die Tamponade überflüssig machen zu können.

Denn nicht einmal die beiden Todesfälle von Anämie, die ja noch leider vorkommen, fallen der Behandlung zur Schuld, sondern dem Umstande, dass die kombinierte Wendung zu spät eingeleitet werden konnte und die Frau bereits längere Zeit beträchtlich geblutet hatte. Freilich

ist die kindliche Sterblichkeitsziffer auch hier eine sehr hohe.

Deshalb können wir uns trotz dieser hauptsächlich an der Hand der kombinierten Wendung errungenen Erfolge nicht verhehlen, dass die älteren Methoden wenigstens nicht alle Berechtigung verloren haben, und dass durch sie manches kindliche Leben gerettet werden kann, das sonst verloren wäre. In dieser Beziehung aber möglichst viel zu leisten, muss als das noch zu erstrebende Ideal jeder Behandlung angesehen werden. Immerhin ist das kindliche Leben nie dem der meist kinderreichen Mutter gleichzustellen, und deshalb kann ich bei dem heutigen Stande der Wissenschaft, bei dem wir z. B. die Perforation des lebenden Kindes nicht scheuen, entschieden dem Ausspruche Behms in Bezug auf Placenta praevia beistimmen.

„Wenn sämtliche Kinder zu Grunde gingen und dafür sämtliche Mütter gerettet werden könnten, so müsste man den Mut haben, die Kinder ruhig sterben zu sehen.“

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Gusserow für die Ueberlassung des Materials und Herrn Prof. Dr. Nagel für die Anregung und die liebenswürdige Durchsicht der Arbeit meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Litteratur.

„Ueber Placenta praevia“ von Dr. C. H. Straatz. Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie 26. 1893.

„Beiträge zur Lehre von der Placenta und den mütterlichen Eihüllen“ (Aus der Königlichen Universitätsklinik zu Halle a. S.) von Otto v. Herff. Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie. 36. 1897.

„Zur Entstehung der Placenta praevia“ von M. Hofmeier. Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie. 29. 1894.

Baumer und Peiper: „Mitteilungen aus der geburtshülflichen Klinik und Poliklinik zu Greifswald: Archiv für Gynäkologie. 23. 1884.

Nordmann: „Zur Statistik und Therapie der Placenta praevia“.

Obermann: „Ein Beitrag zur Behandlung der Placenta praevia“. Archiv für Gynäkologie. 32. 1888.

Raineri: „Beitrag zur Lehre von der Placenta praevia“. Archiv für Gynäkologie 39. 1891.

Lindfors: „Wer hat zuerst die grob anatomischen Verhältnisse des vorliegenden Mutterkuchens richtig verstanden.“

Charité-Annalen: Jahrgänge 1882—1897.

„Zur Therapie und Aetiologie der Placenta praevia“ von Dr. A. Sack (Langensteinbach). Centralblatt für Gynäkologie 14. 1890.

Ahlfeld: „Ein neuer Beitrag zur Lehre von der Placenta praevia“. Centralblatt für Gynäkologie 16. 1892.

„Zur Luftembolie bei Placenta praevia“ von Dr. Freudenberg in Dresden. Centralblatt für Gynäkologie 18. 1894.

„Zur Nomenklatur der Placenta praevia“ von M. Hofmeier. Centralblatt für Gynäkologie 19. 1895.

„Zur Behandlung der Placenta praevia“ von Dr. P. Baumm in Breslau. Centralblatt für Gynäkologie 19. 1895.

„Zur Behandlung der Placenta praevia“ von Dr. A. Sippel in Frankfurt a. M. Centralblatt für Gynäkologie 8 1884.

„Zur aseptischen Tamponade der Cervix bei Placenta praevia“ von Dr. Adams Walther in Frankfurt a. M. Centralblatt für Gynäkologie 9. 1885.

Jungbluth: „Zur Behandlung der Placenta praevia“. Sammlung klinischer Vorträge No. 235.

K. Schröder: „Lehrbuch der Geburtshülfe“. Bonn 1893.

M. Runge: „Lehrbuch der Geburtshülfe.“ Berlin 1891.

Braxton Hicks: „The treatement of Placenta praevia.“ Brit. Med. Assoc. Leeds August 1889. ref. The times and Regist. New-York. Philadelphia Oktober 1889.

Thesen.

I.

Bei der Behandlung der Placenta praevia nimmt man auf das kindliche Leben am besten so viel wie gar keine Rücksicht.

II.

Die sociale Forderung eines allgemeinen achtstündigen Normalarbeitstages ist nicht berechtigt.

III.

Bei inoperabeln malignen Geschwülsten ist ein Versuch mit der Aufimpfung eines kurativen Erysipels zu machen.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Fritz Chop, evangelischer Konfession, Sohn des verstorbenen Köngl. Preussischen Oberlandesgerichtsrats Julius Chop zu Naumburg a. S., wurde geboren am 5. August 1873 zu Greussen, Fürstentum Schwarzburg-Sondershausen. Seine wissenschaftliche Ausbildung erhielt er auf dem Domgymnasium zu Naumburg a. S., welches er im Frühjahr 1893 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Am 29. März desselben Jahres trat er in das damalige Königl. med.-chir. Friedrich-Wilhelms-Institut, die jetzige Kaiser Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen ein. Seiner Dienstpflicht mit der Waffe genügte er vom 1. April bis 1. Oktober 1893 bei der 2. Kompagnie des Kaiser Alexander Garde-Grenadier-Regiments No. 1.

Am 16. Februar 1895 bestand er die ärztliche Vorprüfung, am 3. Februar 1897 das Tentamen medicum, am 9. Februar desselben Jahres das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kurse und Kliniken folgender Herren:

v. Bergmann, Blasius, Dilthey, du Bois-Reymond (†), Engler, Ewald, Fischer, B. Fränkel, Frey, Fritzsch, Gerhardt, Goldscheider, Grawitz, Gurlt, Gusserow, Hertwig, Israel, R. Köhler, König, Köppen, Kundt (†), G. Lewin (†), v. Leyden, Liebreich, Olshausen, Oppenheim, Rubner, Salkowski, F. E. Schulze, Schweigger, Schwendener, Strassmann, Thierfelder, R. Virchow, Waldeyer.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht der Verfasser an dieser Stelle seinen ehrerbietigsten Dank aus.